

**La chirurgie d'exérèse
dans le traitement des adénites
cervicales tuberculeuses
de l'enfant**

THESE

PRESENTÉE A LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Ramon BEHLERT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 janvier 1934 à COLMAR (Haut-Rhin)



Imprimerie Générale Lyonnaise
32, cours Gambetta, 32 - LYON

—
1960

*La chirurgie d'exérèse
dans le traitement des adénites
cervicales tuberculeuses
de l'enfant*

La chirurgie d'exérèse dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant

THESE

PRESENTÉE A LA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1960

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Ramon BEHLERT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 janvier 1934 à COLMAR (Haut-Rhin)



Imprimerie Générale Lyonnaise
32, cours Gambetta, 32 - LYON

1960

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. J. LEPINE
 Doyen M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut
 Assesseur M. LEVRAT

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE,
 TRILLAT, MOURQUAND, MAZEL, GARIN,
 GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN
Clinique Urologique	CIBERT
Physique (Biologique, Radiologie, physiothérapie (détaché à Beyrouth)	PONTHUS
Clinique Neuro-Psychiatrique et Hygiène mentale	DECHAUME
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire	ROCHET
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie	X...
Chimie organique et Toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale	WERTHEIMER
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale	DELORE
Clinique médicale	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique Chirurgicale	MALLET-GUY
Clinique chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile	GUILLEMINET
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du Travail	BOURRET
Clinique médicale	LEVRAT
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER
Clinique stomatologique	DUCLOS
Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge	BERNHEIM
Biologie médicale et pharmacodynamie	JOURDAN
Botanique et Cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie et Pharmacologie	DREVON
Médecine légale et Déontologie	ROCHE
Parasitologie et Pathologie exotique	COUDERT
Clinique otho-rhino-laryngologique	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique dermatologique et syphiligraphique	THIERS
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	CREYSSSEL Jean
Cancérologie	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul
Anatomie	LATARJET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	GIRARD Marcel
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Histologie	KEHL

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine M. BERGER



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON
Parasitologie	ROMAN
Bactériologie	BERTOYE
Physiologie	CIER J.-François
Physiologie	CHATONNET
Pharmacie galénique et matière médicale	DORCHE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Chimie organique et toxicologie	MM. PERROT Louis
Anatomie pathologique	FEROLDI Jacques
Pharmacie et Pharmacologie	CIER André
Chimie biologique et médicale	CREYSSEL Roger
Anatomie	DUROUX Emile
Thérapeutique	BRETTE René
Histologie	DUMONT Louis-Prosp.
Hygiène	THIVOLET Jean
Parasitologie	GARIN Jean-Paul
Physique	MORET Robert
Botanique et Cryptogamie	ODDOUX Lucien

AGREGES EN EXERCICE

Neuro-chirurgie	Chargé d'enseignement	MM. LECUIRE
Cardiologie	—	GONIN André
Obstétrique	—	MATHIEU Jacques
Orthopédie	—	MARION Joseph
Propédeutique médicale	—	PONT Maurice
Pathologie médicale	—	VIGNON Georges
Pathologie médicale	—	REVOL Louis
Pathologie chirurgicale	—	JAUBERT
		de BEAUJEU
Médecine générale	—	TRAEGER Jules
Pathologie chirurgicale	—	GUILLEMIN Georges
Electro-radiologie	—	PAPILLON Jean
Obstétrique	—	BURTHIAULT René
Pédiatrie, Puériculture	—	FRANÇOIS René
Médecine générale	—	GUINET Paul
Pathologie chirurgicale	—	SAUTOT Jean
Chirurgie générale	—	MARION Pierre
Chirurgie générale	—	MICHAUD Pierre
Maladies infectieuses	—	MONNET Paul
Oto-rhino-laryngologie	—	GIGNOUX Marcel
Stomatologie	—	FREIDEL Charles
Médecine générale	—	PLAUCHU Marcel
Pathologie médicale	Chargé d'enseignement	DEVIC Michel
Médecine légale	—	COLIN Marcel
Neurologie	—	GUYOTAT Jean
Obstétrique	—	DUMONT Martial
Urologie	—	DURAND Louis-Noël
Chirurgie générale	—	FRANCILLON Jacques
Médecine générale	—	DESPIERRES Charles
Chirurgie générale	—	de MOURGUES Georg.
Chirurgie générale	—	SAUBIER Eugène
Dermatologie	—	COLOMB Daniel
Médecine du Travail	—	TOLOT François
Neurologie, Psychiatrie	—	SCHOTT Bernard
Ophtalmologie	—	BONAMOUR Georges

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : Monsieur le Professeur SOHIER
Assesseurs : MM. les Professeurs Agrégés : MONNET,
J. MARION, FRANÇOIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FEMME

A MES PARENTS

A notre Président de Thèse :

Monsieur le Professeur SOHIER

Professeur d'Hygiène et d'action sanitaire et sociale

Il nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
notre respectueuse gratitude.

A nos Juges :

Monsieur le Professeur Agrégé J. MARION

Monsieur le Professeur Agrégé P. MONNET

Monsieur le Professeur Agrégé R. FRANÇOIS

Nous les remercions de l'intérêt
qu'ils ont manifesté pour notre tra-
vail.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. MONNET

Nous lui sommes très reconnaissants de l'accueil reçu en son service hospitalier. Son enseignement, ses conseils, nous seront des plus précieux.

En témoignage de notre respectueuse et profonde admiration.

A Monsieur le Docteur J. GAUTHIER

A Monsieur le Docteur Y. GAY

C'est à leur contact que nous avons
pu enrichir nos connaissances pédi-
atriques.

Nous les en remercions très sincè-
rement.

A Monsieur le Médecin-Colonel PROTAR

Spécialiste des Hôpitaux de l'Armée

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

A Monsieur le Médecin-Lieutenant-Colonel H. BOUCHER

Spécialiste des Hôpitaux de l'Armée
Chef du Service de Pneumo-Phthisiologie
de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A Monsieur le Médecin-Commandant H. FELIX

Médecin des Hôpitaux de l'Armée
Professeur Agrégé du Val de Grâce

A Monsieur le Médecin-Commandant J. ROUMAGOUX

Spécialiste des Hôpitaux de l'Armée

A Monsieur le Médecin-Commandant P. CANAL

Médecin Anesthésiologiste
Assistant de Biologie Clinique

Nous leur savons gré de la part
prise à notre formation médicale.

INTRODUCTION

« Le premier Médecin étant debout derrière les rangées empoigne la teste de chacun des scrophuleux par derrière et la présente au Roy, lequel ouvrant sa main salutaire, touche premièrement la face droit en long, et puis après de travers en forme de croix, en prononçant ces mots distillans la guarison céleste et divine, le Roy te touche et Dieu te guarit — il y appose le signe de la croix au mesme instant et en fait tout autant, par ordre, à tous les autres, en donnant congé aux malades à mesure qu'ils sont touchés, auxquels l'aumosne est départie. Voilà quel est l'ordre de la cérémonie qui s'observe quand le Roy touche les malades. A plusieurs, les douleurs très acerbés s'adoucissent et apaisent aussitost — à aucun les ulcères se dessèchent et aux autres les tumeurs diminuent — en telle sorte que dans peu de jours (chose merveilleuse à dire) de mille, il n'y en a plus de cinq cens qui sont parfaitement guaris ».

C'est en ces termes qu'André du Laurant, médecin de Marie de Médicis, décrivait en 1609 le Toucher royal « suprême espérance des escrouelleux et le vrai moyen de guarir » geste dont Clovis aurait été le promoteur.

Le malade que cette thérapeutique n'avait pu guérir devait alors se résoudre à la « thériaque » de Galien, mélange de quelque 60 substances auxquelles Paracelse ajouta la tiecture d'or et Guy de Chauliac les pierres précieuses.

Par la suite, on en revint aux traitement locaux, plus agressifs certes, mais avec des résultats guère meilleurs si l'on en croit Lavigne, rapportant les discussions des médecins et chirurgiens anglais de 1871 quant aux avantages respectifs des ponctions, sétons, incisions (British Medical journal 1871, 2, 726-728, 756-757).

L'injection suivit logiquement la ponction. Les substances utilisées, dites modificatrices, furent multiples : teinture d'iode et huile d'arachide (Finikoff), formol (Maffei et Blankoff), chlorhydrate de

quinine-urée (Lefèvre et Dondamine). Le thymol camphré, utilisé par Ombredanne qui reconnaît d'ailleurs son efficacité discutable dès le début du siècle, reste encore préconisé par Giret de Berck en 1958. Récemment, furent employées la streptokinase, l'héparine (Weil et Murat).

La découverte de Roentgen permit à nouveau d'espérer la guérison par le traitement local à distance.

Préconisée dès 1898 par Heidrix, la radiothérapie ne garde à l'heure actuelle que quelques rares partisans, tels Müller H.F., Umbach K.

Boyer (cité par Mazure) écrivait en 1818 « le malade doit habiter un lieu élevé dont l'air soit pur et sain, un peu chaud, riche en oxygène ». Les médecins de Leyzin et Davos en Suisse, de Berck vantent toujours les mérites de leur climat.

L'exérèse chirurgicale large, prônée par Broca et ses élèves Manson et Petit autour de 1895, fut délaissée par Ombredanne quelques années plus tard. Schmid met sur le compte du développement de la chirurgie abdominale la perte du goût des chirurgiens pour ces longues interventions en une région anatomique complexe. Déçu par les résultats aléatoires de toutes les méthodes conservatrices, Brügger en Allemagne remit le traitement chirurgical radical à l'honneur dès 1935. Il apporte en 1958 une statistique de 1.146 cas opérés entre 1950 et 1956. Il fut suivi dans cette voie par de nombreux chirurgiens et médecins : Beck, Behrendt, Kastert en Allemagne dont l'étude porte sur 949 opérés de 1949 à 1957 - Wissler H. en Suisse qui rapporte les résultats des 342 cas opérés par Kaiser et Jakob. Le premier travail français important est celui de Pellerin portant sur 100 cas rapportés en la thèse de Mazure.

On aurait pu penser que l'avènement de l'antibio et chimiothérapie anti-tuberculeuse allait faire retomber le traitement chirurgical dans l'oubli. Leurs échecs, joints à ceux de la corticothérapie n'ont pu que lui donner un regain d'actualité.

Nous rapportons, en cette thèse, les observations de 14 enfants du Service de Monsieur le Docteur Monnet, porteurs d'adénites cervicales tuberculeuses, dont 8 furent traités par exérèse chirurgicale. Ce petit nombre n'autorise évidemment à tirer aucune conclusion concernant le problème envisagé, d'ailleurs résolu de longue date par les auteurs allemands à la suite de Brügger.

Compte tenu de leurs incidences thérapeutiques, nous envisagerons, dans un premier chapitre, la pathogénie et l'étude radioclinique des adénites cervicales tuberculeuses. Puis, après une étude critique des différentes thérapeutiques médicales, nous aborderons le problème du traitement chirurgical.

PREMIER CHAPITRE

ETUDE PATHOGENIQUE ET RADIOCLINIQUE DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

Il convient de distinguer :

— les adénites cervicales tuberculeuses **primaires**, que nous définissons comme l'élément ganglionnaire d'un complexe de primo-infection dont le chancre d'inoculation est pharyngobucco-facial (d'un point de vue plus général - dont le chancre se situe au niveau des territoires cutanés ou muqueux ayant leur premier relais lymphatique parmi les ganglions du cou - c'est ainsi que les BCGites cervicales par vaccination deltoïdienne haute sont des adénites primaires).

— des adénites cervicales tuberculeuses autres, **non primaires**, hémotogènes ou lymphogènes, conséquences d'une lésion tuberculeuse différente du chancre de première inoculation susnommé.

I. — LES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES PRIMAIRES

PATHOGENIE

Traduisant la primo-infection tuberculeuse, elles sont concomitantes du virage des réactions tuberculiques.

De siège habituellement **unilatéral** (Brügger), elles correspondent à l'atteinte des groupes ganglionnaires sous-mentaux, plus souvent sous-maxillaires, et surtout des ganglions supérieurs de la chaîne jugulaire interne, externes et antérieurs par rapport à la veine, dont le volumineux ganglion sous-digastrique de Küttner, habituellement qualifié par le clinicien de **sous-angulo-maxillaire**.

(Nous rappelons très sommairement en un schéma les principaux groupes ganglionnaires cervicaux superficiels, leur topographie clinique, leurs efférences).

Adénites lymphogènes, et compte tenu du fait que jamais le bacille tuberculeux ne brûle un relais ganglionnaire, ce siège préférentiel est déterminé par la situation du chancre d'inoculation. Nous avons schématisé en un tableau, nous référant à Rouvière, les territoires lymphatiques de la tête et du cou et leurs premiers relais ganglionnaires possibles.

La lymphe de la cavité buccale est le plus souvent drainée vers le groupe sous-maxillaire tandis que le groupe antérieur et supérieur de la chaîne jugulaire interne peut non seulement recevoir directement celle-ci mais encore représente toujours le premier relais des lymphatiques en provenance du pharynx. Ce fait anatomique explique largement la fréquence de l'atteinte de ce dernier groupe ganglionnaire si l'on considère le siège habituel du chancre d'inoculation, gingival ou amygdalien.

Le chancre gingival est le plus fréquent dans l'étude de 100 adénites cervicales tuberculeuses rapportées par Mazure (23 sur les 25 chancres observés chez 77 adénites cervicales tuberculeuses primaires) Sur les 12 adénites cervicales tuberculeuses primaires de la thèse de Mlle Révillon, les 4 chancres isolés sont gingivaux. Les stomatologistes le considèrent comme un **accident de dentition** survenant au moment de la chute de la dent de lait ou de la sortie de la dent définitive (Martin - de Mourgues). L'aspect assez caractéristique de ce chancre (Mouriquand 1947 - De Mourgues 1954 - Bernheim 1955) permet de retenir son authenticité malgré l'absence fréquente en ces observations de contrôle bactériologique et/ou anatomopathologique.

Il en est autrement pour **le chancre amygdalien** dont l'aspect, souvent de banale amygdalite, rend plus aléatoire son affirmation clinique. Il est considéré comme le plus fréquent par Wissler sur la foi de constatations anatomopathologiques. Hasler et Weder rapportent 59 tuberculoses amygdaliennes sur 114 adénites cervicales tuberculeuses primaires. Ces auteurs considèrent leur taux de 52 % comme au-dessous de la réalité car leurs examens histologiques n'ont pas toujours été réalisés en **coupes sériees** ; or, par 3 fois, la tuberculose amygdalienne initialement non reconnue ne put être affirmée que secondairement grâce à cette technique.

Sur nos observations personnelles d'adénites primaires, une seule fois existait une porte d'entrée évidente sur l'amygdale (obs. 8). Le rôle de l'amygdalite chronique est à discuter en tant que facteur favorisant de cette voie d'inoculation.

Parmi les localisations plus rarement reconnues du chancre, citons celles au niveau :

- de l'amygdale pharyngée et de l'oreille moyenne (Kleinschmidt),
- de la langue (obs. Jeannin - 1952),
- de la peau (obs. 1 de Caussade - 1951 - inoculation sur un élément d'impetigo).

Si la fréquence du siège buccal du chancre plaide déjà en faveur d'une contamination alimentaire, l'enquête épidémiologique va souvent la démontrer.

On apprend que cet enfant a consommé récemment du lait cru ou des dérivés d'un tel lait. Quelquefois même les vaches productrices ont été reconnues tuberculeuses. Aucun foyer de contagion familial évident n'est découvert. Enfin, l'agent pathogène responsable est souvent un bacille tuberculeux type **bovin** (les 34 adénites cervicales tuberculeuses sur 46, que Zellhuber considère comme primaires, furent toutes déterminées par un bacille bovin. Sur les 12 adénites cervicales tuberculeuses primaires que Bernheim rapporte en la thèse de Mlle Révillon, 9 étaient dues à ce bacille. Hofstetter isole 7 types bovins à partir de 8 adénites cervicales tuberculeuses primaires).

Très évocateur est également le parallélisme entre courbes de fréquence des adénites cervicales tuberculeuses et de tuberculisation du cheptel. En Allemagne, Brügger note la nette augmentation de fréquence de la maladie à partir de 1945, en coïncidence avec la plus fréquente tuberculisation du cheptel. Wissler, en Suisse, constate à l'inverse sa diminution en rapport avec les mesures de lutte antituberculeuse chez le bétail, pendant que simultanément le nombre de tuberculoses ganglio-pulmonaires ne subit aucune réduction. Dans les pays anglo-saxons, les adénites cervicales tuberculeuses étaient autrefois très fréquentes. Leur nombre a considérablement décru depuis les mesures draconiennes qui ont fait grandement diminuer l'endémie tuberculeuse bovine.

Compte tenu de ce mode de contamination, il va de soi que l'absence de toute lésion médiastino-pulmonaire de primo-infection tuber-

culeuse, ancienne ou récente, est de règle. Par contre, l'association possible d'une primo-infection tuberculeuse intestinale n'est pas surprenante.

Nous n'avons pas rencontré d'adénites cervicales tuberculeuses à bacille paratuberculeux chromogène. Leur place en ce chapitre est justifiée par l'hypothèse de Noufflard selon laquelle la porte d'entrée en serait cutanée, voire conjonctivale ou auriculaire, si l'on considère le siège insolite de ces adénites survenant chez l'enfant en bas âge.

Rappelons enfin les adénites cervicales tuberculeuses provoquées par la vaccination au BCG dans la région deltoïdienne haute. Les lymphatiques de ce territoire cutané peuvent être drainés par la chaîne de l'artère cervicale transverse. C'est dire que la BCGite cervicale sera en règle de siège sus-claviculaire. Elle survient en moyenne 2 à 4 mois après la vaccination (Rossi).

DISCUSSION DE LA VALEUR DES DIFFERENTS CRITERES D'ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES PRIMAIRES

La notion de virage des réactions tuberculiques peut souvent être obtenue lorsqu'il s'agit d'enfants d'âge scolaire. Quelquefois, il faudra se contenter d'une positivité nette de ces réactions. L'affirmation d'une allergie de longue date, en particulier après vaccination BCG sera toujours sévèrement contrôlée. (Nous en voulons pour preuve notre observation 4 concernant un enfant porteur d'une adénite cervicale tuberculeuse primaire, vacciné par BCG 20 mois auparavant mais n'ayant jamais subi les contrôles tuberculiques de rigueur). Les allergies retardées resteront évidemment trompeuses, mais sont exceptionnelles dans une détermination ganglionnaire périphérique.

Parmi les caractères de l'adénite, **l'unilatéralité est de règle**, mais l'existence d'adénites cervicales tuberculeuses primaires bilatérales est parfaitement admissible : par porte d'entrée bilatérale, par localisation du chancre en un territoire lymphatique médian drainé vers les 2 côtés du cou (gencives en regard des incisives, territoire muqueux médian de la lèvre inférieure) ou du fait des anastomoses lymphatiques entre les groupes ganglionnaires sous-mentaux.

Le chancre n'est pas toujours évident. Brügger, sur 1.016 adénites cervicales tuberculeuses primaires, ne découvre que 43 chancres oraux, 2 conjonctivaux, 6 cutanés (5,1 %). De découverte plus fréquente lorsque l'adénite cervicale tuberculeuse primaire se révèle par un début aigu, il est le plus souvent cicatrisé lorsque l'adénite motive

la consultation. Kleinschmidt et Schurmann estiment qu'il persiste quelques semaines. De Mourgues évalue sa durée d'évolution à 4-5 mois. Mazure insiste sur le diagnostic rétrospectif de chancre gingival souvent possible par la découverte de sa cicatrice. Enfin, il faut compter avec l'inoculation du bacille par une dent atteinte de carie pénétrante, les végétations adénoïdes, l'amygdale apparemment saine, toutes portes d'entrée que le clinicien ne peut que soupçonner. A Lyon, Gaté, Mayoux et Béraud signalèrent cette possibilité.

L'absence de toute lésion médiastino-pulmonaire de primo-infection tuberculeuse ancienne ou récente est une constatation indispensable pour pouvoir parler d'adénites cervicales tuberculeuses primaires, car l'association de primo-infection tuberculeuse thoracique et cervicale est certainement rare. Nous y reviendrons à propos des adénites cervicales tuberculeuses non primaires. Notre but n'est pas de discuter les difficultés d'interprétation radiologique des images médiastinales de primo-infection tuberculeuse. Si certaines adénopathies du médiastin sont de découverte difficile nécessitant tomographies (notre observation 3 en est un exemple), l'erreur par excès est beaucoup plus fréquente (Kleinschmidt, Mme Sprenger-Cathomas), erreur d'importance en matière d'adénites cervicales tuberculeuses.

L'association d'une primo-infection tuberculeuse intestinale est un argument de poids en faveur de la nature primaire de l'adénite cervicale tuberculeuse, en raison de la contamination alimentaire qu'elle implique. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle se manifestera bruyamment sous forme d'un syndrome abdominal, quelquefois pseudo-chirurgical. Les formes latentes sont la règle, et ce n'est que la découverte rétrospective de calcifications abdominales qui apportera un argument tardif mais de valeur. Hofstetter retient cette éventualité 1 fois sur un total de 19 adénites cervicales tuberculeuses primaires ; Mutschler découvre 3 fois la présence de calcifications abdominales sur un total de 17 adénites cervicales tuberculeuses primaires. Kleinschmidt, réexaminant « les enfants de Lübeck » à l'âge de 12 ans, les met en évidence chez les 34 enfants ayant subi une primo-infection tuberculeuse cervicale (l'auteur explique ce fait, non pas l'importance de la contamination qui dans nombre de cas fut en tous points comparable à la contamination spontanée habituelle, mais par le jeune âge des contaminés âgés de 10 jours lorsque la vaccination fut réalisée per os avec le BCG souillé).

Pour 10 de nos observations où cette double porte d'entrée fut recherchée, la radiographie abdominale montra 2 fois des calcifications de la fosse iliaque droite (obs. 1 et 13).

La difficulté de leur mise en évidence, nécessitant quelquefois préparation, incidences multiples, compression, fait se demander si leur présence réelle n'est pas vraiment plus fréquente (Hofstetter).

L'enquête épidémiologique avec la détermination du type du bacille tuberculeux en cause **reste de première importance.**

Si la mise en évidence du type bovin d'un bacille tuberculeux issu d'une adénite cervicale tuberculeuse permet presque à coup sûr d'affirmer qu'il s'agit d'une adénite primaire (car les localisations médiastino-pulmonaires du bacille bovin restent rarissimes - Gernez-Rieux, sur 422 souches de bacille tuberculeux issues de lésions pulmonaires, trouve 1 souche bovine soit 0,2 %), il est non moins vrai qu'un certain nombre d'adénites cervicales tuberculeuses primaires sont dues au bacille tuberculeux de type humain. Le contage familial ou scolaire sera alors volontiers retrouvé : ce fut le cas pour nos observations 2 et 11 avec confirmation bactériologique pour la seconde. Sur les 12 observations de la thèse de Mlle Révillon, 3 des 12 adénites cervicales tuberculeuses primaires répondaient à un bacille tuberculeux de type humain. Ce qui caractérise l'épidémiologie de l'adénite cervicale tuberculeuse primaire est moins le type du bacille en cause que le mode de transmission, la fréquence de l'intervention du type bovin n'étant expliquée que par la contamination habituelle du lait par ce type de bacille tuberculeux.

Mais il est évident que le lait peut être souillé par un bacille de type humain, ce qui explique le caractère apparemment paradoxal de certaines constatations de Hofstetter : la seule de ses 8 adénites cervicales tuberculeuses primaires de laquelle il ait isolé un bacille de type humain était précisément celle d'une fille de laitier.

Lorsque le type du bacille tuberculeux n'a pu être déterminé, l'enquête épidémiologique n'en conserve pas moins une grande valeur. Les 2 enfants de nos observations 5 et 13, frère et sœur, qui buvaient du lait cru provenant d'une vache reconnue disséminatrice de bacilles, étaient manifestement atteints d'adénites cervicales tuberculeuses primaires, et très certainement à bacille de type bovin.

La simple notion de consommation de lait cru ou de dérivés préparés à partir d'un tel lait, malgré sa banalité en milieu rural, acquiert une valeur certaine lorsqu'elle vient renforcer l'idée d'adénite cervicale tuberculeuse primaire donnée par l'examen radioclinique. Elle fût retrouvée pour 4 de nos observations (non comprises les observations 5 et 13).

Quelquefois, tout soupçon de contagement alimentaire fait défaut et l'adénite cervicale tuberculeuse n'en est pas moins primaire. A côté des laits crus malsains existent des laits bouillis malpropres par souillure secondaire. Quant à la pasteurisation du lait, notre but n'est pas d'aborder une étude critique à son sujet. Disons simplement que, dans la région lyonnaise, une étude de Viallier et Saleur - résumée en la thèse de ce dernier et conduite d'une façon très rigoureuse avec contrôle bactériologique des méthodes d'isolement du bacille à partir des prélèvements de lait - a montré la valeur incontestable de la pasteurisation et l'absence constante de souillure secondaire.

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que les médecins vétérinaires lyonnais ont récemment attiré l'attention sur le danger pour l'homme de la tuberculose des carnivores domestiques. 11 à 13 % des chats lyonnais sont atteints de lésions tuberculeuses, le plus souvent ouvertes, tuberculose pleuro-pulmonaire et cutanée représentant les localisations habituelles. Le bacille tuberculeux en cause est de type bovin dans 34 % des cas chez le chien, 90 % des cas chez le chat. La promiscuité fréquente de l'enfant et de ces animaux facilite grandement la transmission directe ou semi-directe. Un tel contagement peut être évoqué pour le malade de notre observation 4.

FREQUENCE DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES PRIMAIRES.

Il est certain que la majorité des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant correspond à des adénites primaires. Cette fréquence est différemment appréciée suivant les pays et les critères d'investigation.

Il est évident que les études basées sur l'isolement d'un bacille de type bovin risquent de pêcher par défaut en omettant un certain nombre d'adénites cervicales tuberculeuses primaires de contagement humain ou animal par bacille de type humain. Toujours est-il que ce type bovin fut isolé par Griffith en Ecosse dans 84,9 % d'adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant de moins de 5 ans, et dans 74,6 % d'adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant de 5 à 14 ans (cité par Hofstetter) - en Allemagne par Mutschler dans 74 % des quelques 1600 adénites cervicales tuberculeuses opérées de Schmid. En France, les statistiques importantes manquent : Gernez-Rieux et Gervois, sur 39 adénites cervicales tuberculeuses d'enfants de moins de 15 ans, ne trouvent le bacille bovin qu'en 2 cas (ce qui encore une fois ne préjuge pas de la nature primaire ou secondaire des 37 autres). En notre région, Viallier à l'Institut Pasteur de Lyon isola de 1951 à 1960

(communication orale) 28 bovines seulement sur 624 souches retirées de produits pathologiques provenant en majorité d'enfants. Sur les 51 souches issues d'adénites cervicales tuberculeuses, 18 correspon-daient au type bovin.

Se basant non plus seulement sur un critère bactériologique mais sur l'enquête épidémiologique et le contexte radio-clinique, Brügger estime à 88,66 % la proportion d'adénites cervicales tuberculeuses primaires parmi les 1.146 cas qu'il rapporte. Mazure dénombre, parmi ses 100 cas, 77 adénites cervicales tuberculeuses primaires. Mlle Révillon apporte 12 observations d'adénites cervicales tuberculeuses, toutes primaires. Sur nos 14 adénites cervicales tuberculeuses, nous en comptons 13.

Quant à la fréquence relative de la primo-infection cervicale, elle ne peut être appréciée que par la recherche des calcifications ganglionnaires résiduelles étant donné la latence fréquente de la primo-infection thoracique et pratiquement constante de la primo-infection abdominale.

Une telle étude radiologique, entreprise par Mutschler en Allemagne dans l'Allgäu et portant sur 576 enfants d'âge scolaire et allergiques à la tuberculine, a donné les résultats suivants :

- 38,1 % sans calcifications décelables,
- 43,2 % avec présence de calcifications abdominales,
- 15,7 % avec présence de calcifications médiastinales,
- 3 % avec présence de calcifications cervicales.

Hofstetter inventorie de la même façon 267 enfants à réactions tuberculiniques positives et trouve :

- 33 % sans calcifications décelables,
- 30 % avec présence de calcifications abdominales,
- 30 % avec présence de calcifications médiastinales,
- 7 % avec présence de calcifications cervicales.

Il fait remarquer que cette statistique est quelque peu faussée en raison du recrutement hospitalier de ses malades, les primo-infections tuberculeuses cervicales étant beaucoup plus souvent hospitalisées que les thoraciques, ces dernières plus souvent que les abdominales.

En France, les primo-infections tuberculeuses digestives sont certainement moins fréquentes malgré une tuberculisation importante du

cheptel (Brassier rapporte que 0,5 à 1,55 % des vaches de notre région sont porteuses de tuberculose ouverte). Ce fait s'explique par l'habitude culinaire de ne pas consommer le lait cru.

Il n'en reste pas moins vrai que leur fréquence relative devrait augmenter chez l'enfant si l'on considère le recul actuel de la primo-infection tuberculeuse thoracique vers l'âge adulte, à moins que des mesures efficaces ne soient prises à l'encontre de l'endémie tuberculeuse bovine, canine et féline.

ETUDE RADIOCLINIQUE DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES PRIMAIRES

C'est classiquement pour l'apparition insidieuse d'une tuméfaction cervicale indolore qu'enfant est amené en consultation.

Mais ne sont pas rares les débuts aigus à manifestations générales (fièvre de primo-infection tuberculeuse avec ou sans localisations cutanées) ou locales au niveau de la porte d'entrée (angine, rhinopharyngite, stomatite, affection dentaire), et d'emblée devra paraître suspecte toute adénite qui persiste plus d'un mois après un tel épisode aigu rhino-pharyngo-buccal (Schmid).

Un tel début aigu fut retenu 32 fois sur 61 observations de la thèse de Mazure où il fut précisé. Mme Sprenger-Cathomas le nota 39 fois sur 175.

L'examen clinique précise qu'il s'agit d'une tuméfaction ganglionnaire froide, le plus souvent unilatérale, localisée par ordre de fréquence décroissante au niveau sous-angulo-maxillaire, sous-maxillaire, sous-mental, dans la règle pluri-ganglionnaire. A ce stade de « crudité clinique » l'adénite est ferme, élastique, mobile par rapport aux plans sus et sous-jacents. Elle est indolore, point capital dans la distinction d'avec un adénite suppurée bactérienne autre.

Un examen stomatologique (que De Mourgues veut minutieux : éclairage, miroir dentaire, nettoyage de l'enduit muqueux) s'attachera à rechercher la porte d'entrée : le chancre gingival, auquel cet auteur fixe un siège électif au niveau du versant vestibulaire du maxillaire inférieur en regard des molaires ou prémolaires, est décrit comme une ulcération indolore, débutant au voisinage du collet d'une dent et décollant la gencive en feuillet de livre, lui donnant un aspect pathognomonique de « crête de coq » flottant entre le maxillaire et la joue. Bernheim lui assigne une localisation plus souvent maxillaire supérieure. Mazure insiste sur sa découverte au stade cicatriciel.

Les caries dentaires seront notées. L'examen des amygdales palatines et pharyngées se contentera souvent de constater leur hypertrophie. La mise en évidence d'une ulcération amygdalienne indolore reste rare (obs. 8).

L'interrogatoire cherchera à préciser le contage en notant l'ingestion de lait cru, de lait caillé, de fromage blanc, la provenance de ces produits, l'existence d'une surveillance vétérinaire des vaches productrices. Le contact avec un chien ou un chat reconnu tuberculeux, porteur en particulier de lésions cutanées, sera recherché de même qu'un contage familial éventuel. La date et le résultat des dernières réactions tuberculiques seront précisées.

Les réactions actuelles se révéleront nettement positives.

Les investigations radiologiques comporteront clichés thoraciques, cervicaux, abdominaux. Ceux-ci ne montrent aucune atteinte médiastino-pulmonaire de primo-infection tuberculeuse et, l'enfant étant supposé vu au cours des tout premiers mois suivant la primo-inoculation, aucune calcification cervicale ni abdominale.

Le bacille tuberculeux sera recherché par les techniques habituelles : au niveau du chancre s'il existe encore, au niveau de l'adénite par ponction ou lors de l'intervention si celle-ci est pratiquée. S'il y a fistulisation, sa mise en évidence sera plus difficile nécessitant grattage des lésions. Pellerin l'a isolé 34 fois sur les 46 cas où il fut recherché, Bernheim 12 fois sur 12. En nos 14 observations, le Bacille de Koch fut mis en évidence par examen direct, inoculation ou culture dans 10 cas. Il ne fut pas recherché pour raisons diverses en 2 cas (obs. 7 et 12) le diagnostic étant par ailleurs bien certain, confirmé par l'histologie. Recherché, il ne fut pas trouvé dans 2 cas seulement (obs. 5 où il s'agissait d'un scrofuloderme - adénite cervicale tuberculeuse parallèle chez le frère - notion d'absorption chez les 2 enfants de lait cru en provenance de vaches tuberculeuses - et obs. 14 où le bacille de Koch ne fut recherché qu'à l'occasion d'une reviviscence).

La surinfection est possible, même pour des adénites non fistulisées. Elle s'avéra dans 1 de nos cas (obs. 1) à partir d'un streptocoque hémolytique et fut aisément résolue par le traitement pénicilliné cependant que l'adénite cervicale tuberculeuse poursuivait son cours. Les traitements antibiotiques spécifiques antérieurs n'influenceraient d'ailleurs par la découverte du bacille de Koch (Mazure).

L'évolution locale d'une telle adénite cervicale tuberculeuse primaire va se faire habituellement vers l'augmentation progressive de volume avec nécrose caséuse aboutissant au ramollissement du foyer ganglionnaire. En fait, beaucoup de tuméfactions qualifiées de lymphomes uniques volumineux au stade de crudité traduisent déjà un abcès froid ganglionnaire sous tension, alors souvent douloureux (Schmid), évoluant vers la surface cutanée à partir d'un paquet ganglionnaire profond non perçu à l'examen.

Les complications de compression vasculo-nerveuse sont exceptionnelles. Elles seront néanmoins toujours recherchées avant une intervention chirurgicale (Brügger) : parésie de la commissure labiale par atteinte du rameau commissural du facial inférieur, parésie trapézienne surtout, par atteinte du spinal.

Après infiltration des plans superficiels, la fistulisation survient. Ainsi sera créée une suppuration locale à long terme, parfois indéfinie, dont la durée moyenne est fixée par Mme Sprenger-Cathomas étudiant le devenir de 175 malades, à **3 ans**. Il arrive fréquemment que la peau elle-même alentour soit envahie par le processus de tuberculisation réalisant le **scrofuloderme**. Un lupus local ou de voisinage peut en résulter. La cicatrisation est obtenue à la longue au prix en règle de cicatrice inesthétique.

Inversement mais rarement, l'adénite peut rétrocéder spontanément. Elle aura même pu passer totalement inaperçue, ne se révélant que par ses stigmates radiologiques ultérieurs.

En ces 3 éventualités, on ne peut parler que de guérison locale momentanée. **Les reviviscences locales** devront toujours être escomptées, après une rémission allant de quelques mois à de nombreuses années, déclenchées quelquefois par une manifeste surinfection ganglionnaire non spécifique (Brügger). (ce fut le cas pour notre observation 14), une maladie infectieuse ou une cure climatique (respectivement 14 et 20 cas de Beck)

Parallèlement, **les calcifications ganglionnaires** vont apparaître, après un délai minimum de 12 mois (Kleinschmidt), 18 mois (Hofstetter), et dans la proportion de 85 % des cas. Elles apparaîtront évidemment plus fréquemment si la fistulisation n'a pas eu lieu (Kleinschmidt). Hofstetter les décrit comme de massives calcifications uniques, par opposition à celles des adénites cervicales tuberculeuses secondaires revêtant l'aspect de multiples microcalcifications occupant un grand nombre de groupes ganglionnaires. Nous devons remarquer

que parmi nos 4 cas avec calcifications cervicales (obs. 1, 5, 13 et 14) et correspondant manifestement à des adénites cervicales tuberculeuses primaires, le type micronodulaire disséminé fut trouvé 2 fois (obs. 5 et 13). Nous reviendrons, dans le chapitre consacré au traitement chirurgical, sur l'importance pratique de ces calcifications en matière d'indications.

Dans des délais identiques, peuvent apparaître les calcifications abdominales (obs. 1 et 13) localisées électivement dans la fosse iliaque droite, réalisant les deux aspects décrits pour les calcifications cervicales, et sur les difficultés de découverte desquelles Hofstetter a insisté en sa remarquable thèse.

Est-il besoin de rappeler que jamais la radiographie thoracique ne révélera de calcifications médiastino pulmonaires de primo-infection tuberculeuse.

Comme le fait remarquer Beck, les calcifications cervicales ne sont qu'un reflet de l'ancienneté de l'affection mais ne sont en aucun cas synonyme de guérison. Brügger a décrit les modifications radiologiques des adénites cervicales tuberculeuses calcifiées en reviviscence, insistant sur l'accentuation de la densification des parties molles à la périphérie du foyer ganglionnaire, l'explosion de l'agglomérat calcaire avec dispersion des éclats, la formation éventuelle d'abcès froid déclive dans le fond duquel sédimentent les calcifications (notre observation 14 en est un exemple). L'examen radiologique montrerait la perforation imminente avant même que la clinique ne la suspecte, sous forme d'une raréfaction périphérique des calcifications au contact d'une hyperdensification des parties molles, siégeant le plus souvent au point déclive.

Considérée sous l'angle des localisations tuberculeuses ultérieures éventuelles, la primo-infection tuberculeuse cervicale est souvent jugée comme particulièrement bénigne. Les disséminations hématogènes seraient rares ; la survenue d'une tuberculose pulmonaire exceptionnelle. Rappelons qu'il n'y a pas lieu d'en rechercher l'explication dans l'intervention de tel ou tel type de bacille tuberculeux : la virulence tout aussi grande du type bovin n'est plus à démontrer.

L'adénite cervicale tuberculeuse primaire peut se compliquer de toutes les disséminations hématogènes observées à partir d'une primo-infection tuberculeuse thoracique, mais la littérature renseigne mal sur la fréquence d'une telle éventualité. Souvent, la distinction entre adénites cervicales tuberculeuses primaires et non primaires n'est pas faite,

enlevant toute valeur à de telles publications. D'autre part, il n'est pas inutile de rappeler que, non seulement la primo-infection tuberculeuse cervicale est rare par rapport aux localisations thoraciques et abdominales, mais encore qu'un grand nombre de ces adénites cervicales tuberculeuses primaires diagnostiquées seraient passées totalement inaperçues si elles avaient siégé dans un abdomen ou un thorax.

Si l'on considère les statistiques valables portant sur la détermination du type bovin dans les différentes localisations tuberculeuses et qui répondent donc presque sûrement à une porte d'entrée digestive, abdominale ou cervicale, nous retiendrons celle de Gernez-Rieux qui, chez l'enfant âgé de moins de 15 ans, fait intervenir le bacille de Koch de type bovin dans :

16,2 % des cas de tuberculose méningée (1.361 cas mondiaux)

20,7 % des cas de tuberculose ostéoarticulaire (1.107 cas mondiaux),

ces taux tombant en France à :

5,2 % pour les méningites tuberculeuses (230 cas)

0,6 % pour les tuberculoses ostéoarticulaires (148 cas).

Une récente statistique anglaise rapportée par Florio, portant sur 1.747 méningites et 515 tuberculoses ostéoarticulaires, mentionne le type bovin dans respectivement 28 % et 10,7 % des cas.

Les observations plus précises concernant de telles disséminations à partir d'adénites cervicales tuberculeuses primaires existent à l'état isolé : Bertoye, et Mayoux, 1939 - Mouriquand, Dechavanne et Confavreux, 1947 - ces deux publications relatant des disséminations méningées et miliaries. Mme Sprenger-Cathomas sur 175 cas suivis, rapporte 2 coxalgies, 2 ostéoarthrites du genou dont l'une se termina par une méningite, 1 tuberculose rénale. Cet auteur cite Ellonen qui, sur un total de 74 tuberculoses osseuses de l'enfant, aurait trouvé 20 fois une porte d'entrée amygdalienne avec, dans 18 cas, adénites satellites.

Très particulières restent les complications oculaires et articulaires des adénites cervicales tuberculeuses, étudiées à Lyon par Paufigue, Bonnet et Brun sous le qualificatif de paraganglionnaires.

Quant à l'incompatibilité de l'adénite cervicale tuberculeuse avec la survenue d'une tuberculose pulmonaire ultérieure, elle fut énoncée

par Marfan en ces termes , « On ne constate presque jamais de tuberculose pulmonaire, tout au moins de tuberculose pulmonaire évidente et en évolution chez des sujets qui pendant l'enfance ont été atteints d'écrouelles et qui en ont guéri complètement avant l'âge de 15 ans, cette guérison ayant eu lieu avant qu'aucun autre foyer de tuberculose n'eût été appréciable ». (De l'immunité conférée par la guérison d'une tuberculose locale pour la phthisie pulmonaire. Archives Générales de Médecine, 1886). Cette **loi de Marfan**, dont aucune explication satisfaisante n'a été donnée, contre laquelle ont été périodiquement publiées des observations la mettant en défaut, semble ne pouvoir se comprendre qu'en fonction de la distinction des adénites en primaires et non primaires.

Si l'on en croit Dufourt, reprenant les idées de Redeker, la primo-infection tuberculeuse ganglio-pulmonaire ne serait pas totalement étrangère à la localisation ultérieure d'un bacille tuberculeux au niveau du poumon. Dans ces conditions, il est logique de penser que la loi de Marfan ne s'applique qu'aux seules adénites cervicales primaires qui par définition ne s'accompagnent d'aucune localisation médiastino-pulmonaire de primo-infection tuberculeuse. Les exceptions à la loi de Marfan concernent des adénites cervicales tuberculeuses non primaires.

II. — LES AUTRES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES, NON PRIMAIRES.

PATHOGENIE.

Nous groupons dans ce chapitre toutes les adénites cervicales tuberculeuses qui ne répondent pas à la définition donnée des adénites cervicales tuberculeuses primaires.

Mises à part les adénites cervicales tuberculeuses au cours d'une spondylodiscite tuberculeuse cervicale, que nous ne ferons que citer, il nous a paru plus facile d'étudier la pathogénie de ces adénites en les considérant suivant leur localisation aux groupes ganglionnaires cervicaux, supérieurs, sus calviculaires, ou à la fois cervicale haute, et basse.

“ **Les adénites cervicales tuberculeuses non primaires, sus-claviculaires.**

lorsqu'elles représentent la seule localisation des adénites cervicales tuberculeuses, et sans vouloir nier une hypothétique invasion par

voie sanguine, correspondent pratiquement toujours à l'atteinte des derniers ganglions de la chaîne jugulaire interne ou à celle des plus internes de la chaîne cervicale transverse, par voie lymphatique médiastinale ascendante.

Toute théorie reste l'éventualité d'une localisation sus-claviculaire gauche, secondaire à une primo-inoculation intestinale avec envahissement cervical par la voie du canal thoracique.

Le plus souvent, il s'agira d'un envahissement lymphogène à départ médiastino-pleuro-pulmonaire.

L'adénite sus-claviculaire a été décrite par Sergent comme un signe de pleurite du sommet, l'atteinte ganglionnaire se faisant à partir des lymphatiques de la plèvre pariétale du premier espace intercostal se réunissant en un tronc lymphatique intercostal interne aboutissant à la chaîne mammaire interne laquelle peut déverser dans les ganglions sus-claviculaires les plus internes. La question a été reprise par Brun et Viallier-Reynard.

Plus fréquente chez l'enfant est l'adénite cervicale tuberculeuse sus-claviculaire conséquence d'une primo-infection tuberculeuse médiastino-pulmonaire, l'envahissement se faisant par les chaînes médiastinales antérieures, pouvant également se terminer dans les ganglions sus-claviculaires les plus internes. Ce fait a été confirmé par Dufourt qui, chez un enfant mort de primo-infection tuberculeuse thoracique grave, tuberculisa le cobaye à partir d'une adénite cervicale tuberculeuse sus-claviculaire, tandis que les inoculations faites avec des prélèvements de ganglions sus-jacents du même côté, ou symétriques, restèrent négatives.

Les adénites non primaires, cervicales supérieures occupent le siège habituel des adénites cervicales tuberculeuses primaires.

L'atteinte hématogène de ces groupes ganglionnaires à partir d'une primo-infection tuberculeuse thoracique est généralement admise. Si cette hypothèse reste la plus vraisemblable au cours des exceptionnelles tuberculoses ganglionnaires généralisées aux domaines profonds et périphériques, encore que Kleinschmidt évoque la possibilité de primo-infection tuberculeuse à porte d'entrée triple, elle devient beaucoup plus discutable lorsque l'atteinte ganglionnaire périphérique se limite au territoire cervical. La grande richesse lymphatique en ce domaine, l'action favorisante de l'inflammation chronique non spécifique de ces ganglions cervicaux restent des explications peu satisfai-

santes de la fréquence du siège cervical de ces adénites tuberculeuses dites « secondaires, hémato-gènes ».

Marfan évoquait déjà, mais pour la considérer comme exceptionnelle, l'invasion lymphogène des groupes ganglionnaires cervicaux supérieurs par inoculation d'expectoration bacillifère en un territoire lymphatique muqueux dont ils représentent le premier relais ganglionnaire. Il est assez surprenant de voir les adeptes du cycle de Ranke considérer comme ne pouvant être qu'hémato-gènes, c'est-à-dire « secondaires » des adénites cervicales tuberculeuses survenant chez des malades porteurs de tuberculoses pulmonaires excavées. Il est évident qu'ils rencontrent certaines difficultés pour expliquer de telles anomalies du cycle de Ranke. Ce n'est que lorsque coexiste une évidente tuberculose laryngée, pharyngée ou buccale dite « tertiaire » que l'origine lymphogène de l'adénite cervicale tuberculeuse satellite est admise. N'évoquant même pas la possibilité de pénétration bucco-pharyngée d'un bacille de Koch expectoré et atteignant par voie lymphatique les ganglions cervicaux, au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire ouverte, il est certain que les fidèles de Ranke ne peuvent guère évoquer cette pathogénie pour les adénites cervicales tuberculeuses coexistant avec une primo-infection médiastino-pulmonaire en évolution. Ce nous semble pourtant être l'hypothèse la plus satisfaisante si l'on considère la fréquence des fistulisations ganglio-bronchiques (Boucher), la latence remarquable de ces fistulisations (Lemoine), le caractère bacillifère fréquent de l'expectoration en cette éventualité (13 cas sur les 30 fistulisations ganglio-bronchiques rapportées par Boucher en la thèse de Favre).

La fréquence de la fistulisation ganglio-bronchique est certainement de loin supérieure aux chiffres les plus élevés avancés par les bronchoscopistes. L'endoscopie bronchique n'est pas un examen pratiqué sans raison valable et même lorsque la fistule paraît évidente, révélée par ses manifestations pulmonaires indirectes, elle échappe à la vision directe 3 fois sur 10 (Dufourt). A priori, l'évolution habituelle vers la fistulisation de l'adénite de primo-infection tuberculeuse quand elle est cervicale, donc facilement visible, n'a pas lieu d'être différente lorsque ce siège est médiastinal. Il faut rappeler que Wallgreen (cité par Dufourt) a montré qu'au cours des primo-infections tuberculeuses thoraciques bénignes récentes le bacille de Koch pouvait être isolé 2 fois sur 3 à partir du mucus pharyngée ou du liquide de tubage gastrique, cette recherche étant plus souvent positive chez le nourrisson (99 fois sur 126, soit 78,6 %) que chez le jeune enfant

(72 fois sur 106, soit 67,9 %) et l'enfant d'âge scolaire (78 fois sur 169, soit 46,2 %). La primo-infection tuberculeuse médiastino-pulmonaire est donc souvent une maladie ouverte. « Les sécrétions émises par le foyer primitif » (Dufourt) le sont certainement souvent par l'intermédiaire d'une fistule.

La porte d'entrée pharyngo-buccale d'une telle adénite cervicale tuberculeuse lymphogène concomitante d'une primo-infection thoracique en évolution doit consister en une lésion qui, du point de vue clinique et anatomopathologique, n'a pas lieu d'être différente d'un chancre de primo-inoculation. Dans ces conditions, il est évident que la distinction d'avec une primo-infection tuberculeuse à double porte d'entrée, pharyngo-buccale et pulmonaire, pourra s'avérer difficile.

Il est certain que la découverte radiologique ou bronchoscopique d'une fistule ganglio-bronchique, avec si possible mise en évidence du bacille de Koch dans l'expectoration ou le liquide de tubage gastrique doit faire évoquer l'adénite cervicale tuberculeuse lymphogène secondaire à la primo-infection médiastino-pulmonaire, surtout si la localisation cervicale fut précédée par un syndrome clinique permettant de penser à la précession de la fistulisation ganglio-bronchique (notre observation 3 pose ce problème). Lorsque ces arguments positifs font défaut, la discussion restera ouverte et l'hypothèse d'une primo-infection tuberculeuse à double porte d'entrée, pharyngo-buccale et pulmonaire, nous semble devoir être soulevée. Cette association n'a pas lieu de surprendre davantage que la possibilité de porte d'entrée à la fois bucco-pharyngée et intestinale que personne ne nie. La rareté de la première éventualité ne s'explique que par les conditions de contamination toujours particulières qu'elle implique :

Nourrissons de Lübeck ayant présenté à la fois une primo-inoculation digestive et pulmonaire par fausse route en cours de l'ingestion du vaccin BCG souillé. Kleinschmidt.

Observation 3 de Caussade - Manifeste primo-infection tuberculeuse à double porte d'entrée, pulmonaire et cutanée au niveau de l'aile du nez avec adénites cervicales tuberculeuses satellites parotidiennes et sous angulo-maxillaires, chez un enfant contaminé par son grand-père.

Observation 2 de Caussade - Enfant de 8 mois 1/2 présentant un chancre médian du palais osseux au point de pression de la tétine, avec adénite cervicale tuberculeuse satellite bilatérale. L'oncle tuberculeux manipulait souvent le biberon. Coexistence d'une adénopathie

juxtahilaire droite et d'une semis granulique des 2 champs pulmonaires. Cette dernière image traduit-elle une fistulisation ganglio-bronchique ? Dans l'affirmative, l'hypothèse d'adénite cervicale tuberculeuse lymphogène secondaire à la primo-infection médiastino-pulmonaire avec porte d'entrée palatine ne peut être éliminée. Toutefois l'inoculation au niveau du palais d'un bacille de Koch exogène avec transmission semi-directe par la tétine, concomitante de l'inhalation du bacille est vraisemblable.

Lorsque l'adénite cervicale tuberculeuse en évolution coexiste avec des stigmates calcifiés de primo-infection tuberculeuse thoracique ancienne, le problème pathogénique est quelque peu modifié.

Si l'adénite cervicale tuberculeuse se révèle être elle-même calcifiée ou que l'interrogatoire retrouve des poussées antérieures n'ayant pas abouti à la fistulisation, ou qu'existent des cicatrices de fistulisation ancienne, il est évident qu'il s'agit d'une **reviviscence** ganglionnaire et la pathogénie de la première atteinte ne pourra le plus souvent rester qu'hypothétique. Quant aux causes de reviviscence, elles sont celles évoquées à propos des adénites cervicales tuberculeuses primaires.

Lorsqu'aucun indice ne révèle l'ancienneté de cette adénite cervicale tuberculeuse, on se souviendra que la première atteinte a pu passer totalement inaperçue et ne pas donner lieu à calcification. Si les arguments sont suffisants, on pourra évoquer l'adénite cervicale tuberculeuse récente, secondaire à une reviviscence de l'adénopathie de primo-infection tuberculeuse thoracique ancienne.

Les adénites cervicales tuberculeuses non primaires, à la fois cervicales supérieures et sus-claviculaires réunissent, du point de vue pathogénique, toutes les possibilités précédentes. La particularité ne réside que dans l'atteinte possible des groupes ganglionnaires sus-claviculaires, tant par la voie cervicale descendante que médiastinale ascendante, ce qu'expliquent parfaitement leurs connexions anatomiques.

L'observation 76 de Kleinschmidt, que l'auteur considère comme un exemple de double porte d'entrée bucco-pharyngée et pulmonaire, est démonstrative à cet égard : au niveau cervical gauche, une chaîne calcifiée se prolonge depuis l'angle maxillaire jusqu'au creux sus-claviculaire. A droite, il n'existe pas de calcifications cervicales supérieures, tandis que les sus-claviculaires représentent les derniers éléments d'une chaîne calcifiée médiastinale droite.

L'hypothèse soulevée par certains auteurs d'un envahissement lymphogène rétrograde, atteinte médiastinale à point de départ cervical, ou atteinte cervicale haute depuis le médiastin, ne semble pas devoir être retenue (Kleinschmidt, Mme Sprenger-Cathomas). Si une inversion du courant lymphatique peut se concevoir au sein d'un groupe ganglionnaire localisé, on envisage mal cette éventualité pour toute une chaîne ganglionnaire.

L'épidémiologie de telle adénite cervicales tuberculeuses devient celle de la primo-infection thoracique, problème que nous n'avons pas à aborder. Nous ne pouvons qu'en rappeler le contage habituellement humain, avec transmission directe. Humain également sera le type du bacille tuberculeux en cause. Nous avons déjà rappelé la rareté du type bovin isolé à partir de lésion tuberculeuse pulmonaire humaine (C. Ruez-Rieux).

ETUDE RADIOCLINIQUE DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES NON PRIMAIRES

Représentant la minorité des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant, nous nous limiterons à celles qui succèdent à une primo-infection thoracique, éventualité de loin la plus fréquente.

Le problème est dominé par le caractère évolutif ou cicatriciel de la primo-infection tuberculeuse thoracique.

Considérons d'abord le cas où la primo-infection tuberculeuse thoracique est évolutive.

La découverte d'une tuméfaction froide sus-claviculaire devra alors faire discuter, avant d'admettre qu'il s'agit d'une adénite cervicale tuberculeuse, la possibilité d'abcès froid médiastinal migrant à partir de l'adénopathie de primo-infection tuberculeuse thoracique pour s'extérioriser à ce niveau. Brügger en a publié deux cas en 1951 et rappelle que la première observation probante est celle de Frischknecht (1950). Le diagnostic est difficile. Quelquefois l'abcès se traduit par une image paramédiastinale supérieure et Wissler (qui en a également rapporté 2 cas en 1958) se demande si un certain nombre « d'images en cheminée médiastinale » ne traduisent pas une telle fistulisation médiastinale de l'adénopathie de primo-infection tuberculeuse, car la migration ne se produit pas forcément jusqu'au creux sus-claviculaire. La diminution de l'ombre paramédiastinale, après ponction de la tuméfaction sus-claviculaire, est un argument de poids en

faveur de l'abcès froid (Brügger). L'injection lipiodolée pourra montrer le trajet fistuleux. Mais quelquefois toute ombre médiastinale fait défaut (cas de Frischknecht - 1 des 2 cas de Wissler). Le diagnostic est alors opératoire mais la connexion médiastinale de la poche sus-claviculaire est souvent difficilement mise en évidence.

Lorsque les adénites sont cervicales supérieures, classiquement bilatérales, elles ne se différencient guère en fait des adénites cervicales tuberculeuses primaires, par leur siège et leur aspect. Elles pourront faire découvrir la primo-infection tuberculeuse thoracique ou au contraire survenir pendant l'évolution de celle-ci.

L'examen buccal et pharyngé sera soigneux, à la recherche d'une porte d'entrée. La fistulisation ganglio-bronchique sera recherchée par ses signes radiologiques indirects, la mise en évidence du bacille de Koch dans l'expectoration ou le liquide de tubage gastrique, argument somme toute très en faveur, une bronchoscopie éventuellement.

Nous avons déjà insisté sur les difficultés de diagnostic entre une telle adénite cervicale consécutive à la primo-infection thoracique et la primo-infection tuberculeuse à double porte d'entrée bucco-pharyngée et pulmonaire, distinction d'ailleurs sans aucune incidence thérapeutique sur l'adénite cervicale tuberculeuse.

Comme pour les adénites cervicales tuberculeuses primaires, le contagement sera recherché. Les sources d'infection découvertes seront le plus souvent humaines, mais on ne négligera pas la recherche d'une transmission directe ou semi-directe à partir d'une source animale, tout particulièrement canine et féline en milieu urbain.

La date des dernières réactions tuberculiniques négatives sera précisée. Celles-ci sont actuellement positives. C'est ainsi qu'un virage récent sera souvent mis en évidence.

En plus des clichés thoraciques, seront réalisées des radiographies cervicales et abdominales. Ces dernières ne montrent actuellement aucune calcification.

Le bacille de Koch recherché se révélera pratiquement toujours être de type humain. La découverte de pyogènes de surinfection est toujours possible.

L'évolution générale est celle de la primo-infection tuberculeuse thoracique avec ses risques de disséminations hémato-gènes.

Signalons les exceptionnelles tuberculoses généralisées multiganglionnaires, plus particulièrement aux races vierges d'infestation tuberculeuse héréditaire lointaine, décrites à Lyon par H. Gardère sous le nom de lymphadénie tuberculeuse.

L'évolution locale est superposable à celle des adénites cervicales tuberculeuses primaires, mais

la nécrose caséuse serait moins rapide,

la fistulisation moins fréquente (Brügger),

la calcification plus discrète, du type micronodulaire disséminé (Hofstetter).

Parallèlement apparaîtront les calcifications médiastinales, éventuellement abdominales.

A propos des calcifications sus-claviculaires se projetant au niveau des sommets pulmonaires, Kleinschmidt rappelle la technique radiologique préconisée par Redeker et Simon (cliché pris les bras en l'air) permettant de sortir les calcifications de l'anneau costal et de les différencier de calcifications parenchymateuses pulmonaires.

Comme pour les adénites cervicales tuberculeuses primaires, rétrocession spontanée, fistulisation, calcification ne sont pas synonymes de guérison. La reviviscence de l'adénite cervicale tuberculeuse non primaire est toujours possible. Nous tombons alors dans le cadre des Adénites cervicales tuberculeuses concomitantes d'une primo-infection tuberculeuse thoracique séquellaire. La reviviscence ganglionnaire sera logiquement évoquée lorsqu'existent des calcifications médiastinales et a fortiori quand s'y associent des calcifications cervicales. A défaut de ces dernières, la notion de poussées ganglionnaires antérieures, la présence de cicatrices de fistules anciennes seront des arguments tout aussi valables.

Une telle adénite cervicale tuberculeuse non primaire en reviviscence ne donne théoriquement lieu à aucune dissémination hémotogène. Localement, elle évolue souvent vers la fistulisation.

DEUXIEME CHAPITRE

L'INSUFFISANCE DES TRAITEMENTS MEDICAUX DANS LA CURE DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

La cure climatique au bord de mer ou en altitude fut longtemps la seule prescription thérapeutique valable.

Les enfants avaient ainsi l'opportunité de passer quelques mois ou années en un site agréable. Le bénéfice sur l'adénite est discutable. Bernhard de Samaden et Rollier de Leysin prônèrent l'héliothérapie et avancèrent un pourcentage de respectivement 88 et 78 % de bons résultats. Les observations ultérieures de Haefligers en 1936, sur 125 cas traités par Rollier furent beaucoup moins concluantes: 48 % de guérison, 41,6 % d'amélioration et le reste d'aggravation, après 10 mois de cure à Leysin (d'après Schmid).

Il n'est pas inutile de rappeler que Beck considère même la cure climatique comme un facteur favorisant de reviviscence d'adénites cervicales tuberculeuses en sommeil. Il retient cette éventualité dans 20 cas. La cure héliomarine reste chaudement défendue par Giret de Berck, en 1958 : sur les 132 cas rapportés, on décompte 100 fistulisations et 32 abcédations.

La radiothérapie garde également ses partisans.

Müller, sur 105 cas, rapporte 10 % de guérison totale, 68 % de « notables améliorations » et 22 % d'amélioration. Il est sévèrement critiqué par Brügger qui lui reproche l'absence de tout examen radio-clinique préliminaire ne permettant donc pas de savoir de quel type

d'adénite cervicale tuberculeuse il s'est agi et surtout l'exploitation des seuls résultats à l'arrêt du traitement sans confirmation par examens ultérieurs.

Umbach, habituellement présenté comme un défenseur de la radiothérapie, publie une statistique de 140 cas avec évolution vers la fistulisation sous traitement dans 54,5 % des cas. L'irradiation n'a pourtant pas été abusive puisque sa technique consiste en 6 séances de 150 r chacune, espacées de 3 à 4 jours.

Pas plus sur les adénites cervicales tuberculeuses que sur les adénopathies médiastinales de primo-infection tuberculeuse, l'irradiation anti-inflammatoire n'a de valeur thérapeutique. Cette opinion de P. Monnet rejoint celle de Brügger et de la plupart des auteurs allemands. D'ailleurs Brun J., qui préconise la radiothérapie ganglionnaire dans le traitement des tuberculoses paraganglionnaires, lui reconnaît une action sur cette manifestation para-allergique mais concède que l'irradiation n'a jamais eu aucune action directe sur le bacille de Koch.

Sans vouloir souscrire à l'opinion de Beck qui considère que les guérisons rapportées par les radiothérapeutes concernent des adénites non spécifiques, il est certain que la radiothérapie d'une adénite cervicale tuberculeuse ne fait souvent que précipiter son évolution vers la fistulisation et surtout le gros reproche que l'on peut lui faire est de laisser passer l'heure chirurgicale, obligeant à des résections cutanées importantes grevant les résultats cosmétiques sans compter les difficultés opératoires dont elle est responsable par la sclérose conjonctive qu'elle entraîne, soudant les paquets caséux aux vaisseaux et aux nerfs, rendant périlleux un geste chirurgical déjà difficile. C'est ainsi que Beck a été amené à opérer 245 adénites cervicales tuberculeuses non améliorées par radiothérapie antérieure et dont 40 % avaient évolué vers la fistulisation avec constitution d'un scrofuloderme.

Le procès de la radiothérapie n'est plus à faire (Brügger).

Les antituberculeux par voie générale, dont l'action sur nombre de localisations bacillaires n'est plus à démontrer, ne donnèrent que déceptions en matière de tuberculose ganglionnaire, tant périphérique que médiastinale.

P. Monnet rapporte à ce propos des observations probantes d'enfants porteurs d'adénopathies médiastinales de primo-infection tuber-

culeuse qui évoluèrent vers la fistulisation sous traitement antituberculeux massif puisque mis en œuvre pour méningites et miliaires tuberculeuses, ces localisations méningées et miliaires ayant d'ailleurs parfaitement réagi au traitement. C'est également l'avis de Brügger qui estime même, avec d'autres auteurs (Hasche-Klünder, Kalkoff), que la fistulisation ganglio-bronchique serait plus fréquente sous traitement antituberculeux, tout particulièrement avec l'isoniazide.

En matière d'adénites cervicales tuberculeuses, les résultats sont superposables. Quelles que soient les médications utilisées, isolément ou en association, ils sont pratiquement nuls. Imbert qui a parfaitement étudié ce problème écrit « le ganglion est pour le bacille de Koch un gîte inviolable ». Il note pour l'adénite cervicale ce que Brügger observa au niveau médiastinal, à savoir l'aggravation possible de la lésion ganglionnaire en relation avec le traitement antituberculeux.

Les excellents résultats obtenus par Breton à l'aide de la cyclosérine le furent en 4 cas seulement.

Mutschler et Hasche-Klünder, en une très intéressante étude expérimentale comportant réalisation d'adénites cervicales tuberculeuses primaires par inoculation gingivale chez le cobaye, ont tenté d'expliquer cette carence habituelle des antituberculeux. Si cette primo-infection tuberculeuse gingivo-cervicale du cobaye se caractérise par son évolution fatale vers la généralisation tuberculeuse, sur le plan local elle est en tous points superposable à la primo-infection tuberculeuse cervicale humaine, d'où la comparaison possible. C'est ainsi que ces auteurs ont pu montrer l'échec habituel des antituberculeux sur l'adénite au stade caséux, fait qu'ils expliquent par la faible pénétration ganglionnaire de l'agent thérapeutique en cette éventualité (Barclay, Roth l'auraient démontrée par utilisation d'isoniazide marqué) et par le pouvoir de multiplication minime de l'agent pathogène lorsque l'adénite est à ce stade évolutif, réduisant d'autant les possibilités d'action des médications. Or, la caséification de l'adénite cervicale tuberculeuse primaire est un phénomène dont la précocité est surprenante: décelée microscopiquement dès le 10ème jour, elle est massive 3 semaines après l'inoculation. Les données expérimentales sont à ce point de vue superposables aux constatations des chirurgiens (Brügger), et ce n'est que bien rarement qu'un traitement spécifique est entrepris pour une adénite vieille de moins de 1 mois, laps de temps au bout duquel on ne commence souvent qu'à évoquer la possibilité d'une étiologie tuberculeuse.

C'est en se basant sur l'évolution vers la caséification moins fréquente, moins massive et plus tardive des adénites cervicales tuberculeuses secondaires à une primo-infection tuberculeuse médiastino-pulmonaire que Brügger croit pouvoir expliquer l'action plus souvent favorable des antituberculeux sur cette catégorie d'adénites.

Si l'inefficacité des antituberculeux sur l'évolution locale de l'adénite bacillaire, tout particulièrement l'adénite primaire, est un fait patent, il est évident qu'il ne faut pas s'en priver pour prévenir d'éventuelles disséminations hématogènes. Brügger accepte volontiers de provoquer par le traitement antituberculeux la fistulisation d'une adénite si celui-ci doit éviter à son malade une méningite.

La corticothérapie par voie générale, sous couvert d'un traitement par isoniazide, reste préconisée par Jeune dont les résultats sont rapportés en la thèse de Biot et confirmés par une publication de 1958. L'emploi de la cortisone et de ses dérivés est basé sur leur action anti-inflammatoire et « protuberculeuse » qui, selon Hart et Rees (cités par Biot), en stimulant la multiplication du bacille de Koch, favoriseraient les possibilités d'attaque des antituberculeux. Ils faciliteraient également la résorption du caséum. Les résultats en clinique sont moins encourageants. Jeune, traitant 12 cas d'adénites cervicales tuberculeuses primaires (cortisone en 1 cas, prednisone pour les 11 autres), n'obtient après 8 à 12 semaines de traitement que 3 guérisons avec un recul de plusieurs mois. Dans 1 cas, après 9 mois de traitement par prednisone, l'enfant fut confié au chirurgien. La posologie préconisée, en ce qui concerne la prednisone, est de 1 mg par kilo de poids pour les enfants de plus de 25 kilos - 1,5 mg pour ceux de poids inférieur. La durée du traitement atteindra souvent plusieurs mois. Dans ces conditions, les risques et les effets secondaires d'un tel traitement ne devront pas être négligés.

Marquezy, avec des modalités thérapeutiques très voisines, rapporte en la thèse de Lavigne, 5 échecs sur les 5 cas où ce traitement fut tenté.

Pour de telles adénites tuberculeuses superficielles, les antituberculeux et les corticoïdes anti-inflammatoires furent logiquement utilisés en traitement local.

L'hydrocortisone en injection locale est chaudement recommandée par J. Bernard et Mathé. Les résultats de Marquezy (thèse Lavigne) sont déjà beaucoup moins satisfaisants : sur 13 cas, 3 échecs manifestes et pour les 10 autres, 7 rechutes dont 4 fistulisations, 2

ayant rétrocedé à de nouvelles injections, l'ayant nécessité une exérèse. La conduite du traitement consistait en séries d'une dizaine d'injections locales de 10 à 25 mg d'hydrocortisone, réparties sur 2 à 3 semaines. Il convient de noter que les 100 cas de la thèse de Mazure comportent 39 cas primitivement traités par hydrocortisone locale et opérés après échec de ce traitement.

Toutefois, il n'est pas niable que l'hydrocortisone locale fait régresser temporairement la tuméfaction cervicale, retardant sa fistulisation, ce qui est à prendre en considération quant, pour une raison ou pour une autre, le traitement chirurgical ne peut être envisagé dans l'immédiat.

Quant aux **antituberculeux en injections locales**, tous les auteurs s'accordent à reconnaître leur totale inefficacité, qu'ils soient employés isolément ou associés à l'hydrocortisone (Marquezy). Ils favorisent la fistulisation et, comme la radiothérapie, par leur action sclérosante ne peuvent que gêner un geste chirurgical ultérieur (Mutschler, Hasche-Klunder).

A moins de pratiquer, comme Giret, ces injections locales dans le but de favoriser le ramollissement, on peut donc escompter leurs échecs habituels quel que soit le produit injecté. L'explication reprise par Mazure, en a été fournie de longue date par les auteurs allemands (Brügger, Mutschler et d'autres). La tuberculose cervicale est toujours pluriganglionnaire, or le traitement local ne prétend agir que sur une adénite, la plus grosse. Souvent d'ailleurs ce ne sera pas une adénite mais un abcès froid migrant à partir d'un groupe ganglionnaire profond, absolument inaccessible à toute injection locale.

Lorsque l'adénite est fistulisée avec formation d'un scrofuloderme, il faut noter les bons résultats obtenus par Imbert à l'aide des **applications locales d'hydrocortisone ou cortisone** (en pommade, poudre, solution). L'action désinfiltrante est excellente mais il ne faut pas prétendre influencer ainsi l'adénite sous-jacente et si des cicatrisations ont pu être obtenues, il est à penser que le foyer ganglionnaire s'était momentanément et spontanément éteint. Cette action doit cependant être prise en considération lorsqu'il s'agit de traiter chirurgicalement des adénites cervicales tuberculeuses avec envahissement cutané important. La résection cutanée pourra s'en trouver grandement limitée.

Ainsi, l'exérèse apparaît logiquement comme le seul et véritable traitement, dans la mesure naturellement où l'adénite cervicale représente la localisation unique ou au moins prédominante de la tuberculose présentée.

TROISIEME CHAPITRE

LA CHIRURGIE D'EXERESE DANS LE TRAITEMENT DES ADENITES CERVICALES TUBERCULEUSES

Ceux qui s'opposent à ce traitement chirurgical estiment qu'il est inutile en une affection habituellement bénigne sur le plan vital, d'autant plus qu'un traitement médical préviendra facilement une dissémination hémotogène à partir d'une telle adénite primaire. Invariablement est également reprochée au chirurgien la cicatrice opératoire. Enfin, certains craignent encore les généralisations tuberculeuses post-opératoires. Nous reviendrons sur ce dernier point mais d'emblée, disons qu'il n'est pas besoin de s'armer des antituberculeux pour les combattre : elles n'existent pas.

Il s'agit donc de choisir entre une évolution spontanée que le traitement médical, nous l'avons vu, risque souvent de ne pas influencer, dont la durée moyenne est fixée par Mme Sprenger-Cathomas à 3 ans, se terminant habituellement par la fistulisation laissant une cicatrice certes spontanée, mais souvent inesthétique, pouvant à tous moments se compliquer de reviviscence, et un traitement chirurgical dont le prix sera naturellement une cicatrice, facilement acceptée par les parents et l'enfant s'ils ont déjà vu de beaux scrofulodermes, mais qui présente l'incomparable avantage de rendre l'enfant à la vie familiale et scolaire dans un délai de quelques semaines, en pouvant presque affirmer qu'il ne fera pas de récidives.

Le choix paraît facile. Il faut opter pour le traitement chirurgical.

Son principe :

Le traitement chirurgical ne peut évidemment se réduire à des interventions limitées, timide exérèse d'une adénite superficielle, cure-

tage ganglionnaire, incision et drainage d'abcès froid. Les critiques formulées à propos des traitements médicaux locaux par ponction sont à renouveler ici : la tuberculose cervicale est toujours pluriganglionnaire. D'ailleurs, Beck rapporte 239 cas dont 118 avaient subi une exérèse limitée, 59 une incision, 62 des ponctions — tous aggravés avec globalement 50 % de scrofuloderme.

L'exérèse devra être large, car des ganglions situés à distance du foyer principal, paraissant macroscopiquement sains, se révèlent tuberculeux à l'examen histologique. Cette constatation fut faite sur 13 des 30 cas de Pellerin où cet examen histologique a été pratiqué.

Il est évident qu'il ne s'agit pas de réaliser un curage latérocervical pour cancer, mais il résulte de ces constatations que l'intervention, pour être efficace, devra extirper le foyer ganglionnaire principal atteint et le plus grand nombre de ganglions voisins accessibles, même apparemment sains, en s'efforçant par ailleurs de respecter au maximum les éléments musculaires et vasculo-nerveux.

Il convient donc d'insister sur le fait qu'il s'agit d'une intervention difficile en une région anatomique complexe, dont la durée peut souvent atteindre les 3 heures (Schmid). Wissler écrit : « savoir extirper les ganglions du cou n'est pas donné à chaque chirurgien », d'autant plus qu'en matière d'adénites cervicales tuberculeuses le résultat cosmétique n'est pas à négliger, et cet auteur poursuit : « ceux qui n'ont pas l'ambition d'obtenir de beaux résultats esthétiques feraient mieux de s'abstenir. »

Il s'agit donc d'extirper le plus grand nombre de ganglions par l'incision la plus courte possible.

Technique :

Il ne nous appartient pas d'insister sur les modalités techniques d'une telle intervention, mais il nous semble impossible de ne pas rapporter certains points précis sur lesquels insistent les chirurgiens et dont le résultat esthétique est dépendant.

La ligne d'incision cutanée est à ce point de vue capitale.

Lorsque la peau est encore intacte, laissant à l'opérateur le libre choix, tous les chirurgiens expérimentés sont d'accord pour rejeter les classiques incisions le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et préférer les incisions horizontales dans les plis du cou.

Quand l'atteinte ganglionnaire est étendue, plutôt qu'une grande incision oblique élargie, Beck, Kaiser, Jakob conseillent deux incisions horizontales,

En cas d'envahissement cutané avec scrofuloderme et fistules, le choix de l'incision est dicté par le siège des lésions. Brügger n'hésite pas à sacrifier d'importantes surfaces cutanées et réussit toujours la suture primitive. Beck se montre dans ces cas partisan d'une intervention en deux temps : exérèse initiale des adénites par une incision en peau saine suivie d'instillation d'antituberculeux par cathéter. Après 2 à 3 semaines, le scrofuloderme a diminué au point de permettre son excision avec suture primitive. C'est également l'avis de Wissler qui incise l'abcès sous-jacent au scrofuloderme et attend que l'ulcère se résorbe en fistule plus petite pour extirper le tout.

Pellerin déconseille le drainage post-opératoire qui favorise la rétraction cutanée, l'adhérence aux plans profonds et préfère ponctionner un éventuel hématome en passant entre 2 points de suture.

Pour ce qui est de la fermeture, Kaiser et Jakob donnent la préférence aux agrafes, renforcées par 1 ou 2 points si la tension cutanée est trop forte.

Lorsqu'avant l'intervention la présence d'un volumineux abcès froid incite le médecin à l'évacuer, il réalisera non seulement sa ponction en peau saine comme il est classique, mais la possibilité de fistulisation provoquée n'étant pas totalement écartée pour autant, Mazure conseille de la pratiquer sur le trajet d'une future incision horizontale idéale. D'autre part, si l'on est tenté d'injecter quelque substance dans la poche vidée, on aura recours à l'hydrocortisone en se dispensant d'y associer les antituberculeux, tout particulièrement l'isoniazide, en raison de leur action sclérosante.

Il faut également insister sur l'intérêt des radiographies cervicales pré et post-opératoires.

La découverte avant l'intervention de calcifications cervicales pourra utilement guider la main du chirurgien.

Par contre, la persistance d'un certain nombre d'entre elles après l'opération traduira l'insuffisance de celle-ci et pourra éventuellement indiquer une réintervention.

Les risques d'une telle intervention :

Ils sont minimes entre les mains d'un opérateur rompu à cette chirurgie.

Les lésions vasculaires per-opératoires seront particulièrement à craindre lorsqu'auront été pratiquées radiothérapie ou injections locales d'antituberculeux. Le plus souvent, il s'agira d'hémorragies facilement contrôlées, par rupture de veines adhérentes à la face profonde du paquet ganglionnaire. Les blessures de la veine jugulaire interne sont exceptionnelles, mais il est certain que la libération de ce vaisseau pourra s'avérer difficile. Oppikofer a été amené à la sacrifier 10 fois sur 54 observations, ce qui paraît énorme comparé aux autres publications.

Les hémorragies post-opératoires n'aboutissent le plus souvent qu'à des hématomes facilement évacués. Schmid signale 1 cas mortel sur 1.600 interventions, par hémorragie survenue 14 jours après l'opération.

Parmi les blessures nerveuses, l'atteinte du rameau commissural de la branche inférieure du nerf facial, au cours de l'extirpation d'adénites sous-maxillaires, apparaît toujours comme bénigne. Le défaut d'ouverture de la commissure labiale ne s'extériorise que dans la mimique forcée. En raison de son caractère presque toujours transitoire, Mazure l'explique plus volontiers par la section des fibres commissurales du muscle peaucier.

La blessure du facial est exceptionnelle en raison même de l'atteinte peu fréquente des ganglions parotidiens qui incite rarement le chirurgien à explorer cette région.

La possibilité d'atteinte du nerf Grand Hypoglosse avec hémia-trophie linguale est plus théorique que réelle.

En pratique, vu la fréquence du siège sous-angulo-maxillaire des adénites cervicales tuberculeuses, le nerf à ne pas sectionner, et qui souvent passe en plein foyer caséeux, sera le Spinal. Les conséquences gênantes de sa lésion sur la motilité cervico-scapulaire devront inciter le chirurgien à bien l'isoler avant de commencer l'extirpation proprement dite (Schmid). Schmid déplore 4 fois une lésion du nerf spinal sur 1.600 interventions. Les 4 atteintes spinales que Beck note sur 949 interventions furent transitoires. Pour les 100 cas opérés par Pellerin et rapportés dans la thèse de Mazure, jamais le Spinal ne fut touché. Il en est de même que les 1.146 cas que Brügger opéra de 1950 à 1956. Cet auteur rappelle qu'il convient de rechercher une telle atteinte avant l'intervention car exceptionnellement l'adénite cervicale peut en être responsable. Chez une de nos malades (obs. 12)

fut objectivée dans le post-opératoire, par examen systématique, une hypotonie amyotrophique du sterno-cléido-mastoïdien gauche, qui resta d'ailleurs méconnue de l'enfant et de ses parents.

Indications :

Les adénites primaires relèvent essentiellement du traitement chirurgical. Il est difficile d'indiquer précisément le choix du moment de l'intervention. Vues à un stade précoce, ces adénites sont susceptibles de régresser par le traitement antituberculeux général associé ou non à un bref traitement cortisonique. La sagesse voudrait donc, avec Marquezy et Jeune, en ces cas, d'appliquer d'abord le traitement médical et de réserver l'exérèse aux échecs dûment observés. Un autre avantage serait de se mettre ainsi à l'abri des erreurs éventuelles et du risque d'enlever à grands frais des adénites non spécifiques. Le fait est que, dans les statistiques allemandes basées sur des cas nombreux et bien étudiés, la proportion d'adénites non spécifiques ayant fait l'objet d'une exérèse est relativement élevée. L'ennui de cette manière de faire est la perte de temps, sans grande conséquence si l'on sait se limiter à un laps raisonnable. Plus sérieux est que l'attente, bien que sous traitement médical, peut se solder par une fistulisation rendant l'intervention plus délicate, mais ne l'empêchant d'ailleurs pas. Tout bien pesé, il nous paraît que le choix du moment de l'intervention, lorsque les adénites sont apparues depuis peu et ne sont pas fistulisées, est affaire de convenance personnelle.

Lorsque l'adénite est déjà ancienne, volontiers fistulisée, parfois avec scrofuloderme, il nous semble avec Brügger que tout repose sur la présence ou non de calcifications ganglionnaires. Celles-ci présentes, le risque de rechutes est indéniable et, en ce cas, l'exérèse s'impose dans l'immédiat. Notons seulement qu'un traitement local à l'hydrocortisone peut faire en partie régresser temporairement un scrofuloderme et permettra l'incision cutanée en de meilleures conditions.

Ces considérations sont valables pour les adénites primaires par vaccination B.C.G.

En matière d'adénites non primaires, les indications d'exérèse s'estompent. Nombre d'auteurs estiment néanmoins qu'un lymphome cervical secondaire, même bilatéral, peut bénéficier de l'ablation, s'il apparaît cliniquement isolé. Telle est l'opinion de Brügger, Schmid.

Brügger intervient sur toute adénite bacillaire atteignant le volume d'une cerise et ne montrant aucune tendance à la régression après

3 mois de traitement médical. Il a ainsi été amené à opérer la presque totalité des 1.016 adénites primaires observées de 1950 à 1956. Par contre, sur les 130 adénites secondaires de la même période, 17 seulement furent traitées chirurgicalement. L'auteur rappelle qu'il n'est pas question de prétendre que l'exérèse d'une adénite primaire fait perdre le bénéfice de l'allergie tuberculeuse. Les réactions cutanées tuberculiniques de ses opérés sont toujours restées positives, longtemps après l'intervention.

Les résultats du traitement chirurgical :

En plus du raccourcissement considérable de la durée d'évolution qu'il permet et envisagé sous l'angle de l'efficacité, le traitement chirurgical est la seule méthode donnant un pourcentage satisfaisant de guérisons durables. Brügger, étudiant le devenir de 234 malades avec un recul de plus de 5 ans, estime les récides à 4,7 %. Elles sont d'ailleurs survenues chez des sujets porteurs de calcifications cervicales après l'intervention. Kaiser et Jakob notent 5,4 % de récides sur 221 opérés et reconnaissent qu'on pourra leur reprocher que, pour 116 d'entre eux, l'intervention remonte à tout juste 1 an. Pour les 949 malades de Beck opérés de 1949 à 1957, ce taux tombe à 2,9 %. Tous ces auteurs considèrent que les récides seront d'autant moins fréquentes que l'intervention aura été plus complète.

Quant au résultat esthétique, il est étroitement lié, mises à part les particularités techniques signalées, à l'état cutané c'est-à-dire à la précocité de l'intervention.

Kaiser et Jakob qui interviennent rapidement, obtiennent 76 % de cicatrices linéaires presque invisibles.

Sur les 86 malades de Pellerin, opérés et revus, 14 présentaient une cicatrice inesthétique dont 7 chéloïdes, mais 10 d'entre eux étaient porteurs de scrofuloderme avant l'intervention.

La cicatrice obtenue est bonne dans l'immense majorité des cas, sans comparaison aucune avec les cicatrices anfractueuses, résultats habituels des évolutions spontanées. Elle s'améliore d'ailleurs nettement en l'espace de quelques mois. Brügger envisage quelquefois une intervention correctrice et Mazure conseille les massages avec pommade à l'hydrocortisone qui éviterait dans une certaine mesure les chéloïdes.

Problèmes connexes :

Ils sont au nombre de 3 :

— l'indication d'une éventuelle intervention au niveau des territoires lymphatiques bucco-pharyngés drainés par les ganglions du cou,

— celui du traitement médical antituberculeux encadrant l'intervention,

— et celui de la cure climatique post-opératoire.

En ce qui concerne la première question, **le problème de l'amygdalectomie** a particulièrement été débattu.

Tous les auteurs s'accordent pour admettre la possibilité d'exacerbations ou de reprises évolutives des adénites cervicales tuberculeuses sous l'influence d'infection non spécifique à point de départ bucco-pharyngé et lorsque Wissler écrit que l'amygdalectomie ne modifie pas l'évolution des adénites cervicales tuberculeuses, il entend l'ablation d'amygdales saines. C'est pourquoi il semble logique d'intervenir lorsque l'enfant est porteur d'une infection chronique des amygdales. La même ligne de conduite sera adoptée vis-à-vis de la denture et des végétations adénoïdes.

Il est évident qu'il ne faut pas prétendre guérir l'adénite cervicale tuberculeuse par la seule élimination de cette cause d'infection non spécifique. Les cas rapportés par Oppikofer de guérison d'adénites cervicales tuberculeuses par l'amygdalectomie concernent de vieilles adénites fistulisées et il est certain que dans ces conditions la suppression de l'infection non spécifique surajoutée a pu aider à la cicatrisation (Wissler). La date de réalisation de cet assainissement des territoires bucco-pharyngés chroniquement infectés par rapport à celle de l'exérèse ganglionnaire est diversement appréciée. L'opinion de Schmid semble la meilleure : on commencera par l'amygdalectomie si on estime que l'adénite peut attendre son heure. Inversement, si le foyer ganglionnaire menace la peau, il sera le premier agressé.

Quant à intervenir sur l'amygdale parce qu'elle représente le chancre d'inoculation d'une adénite cervicale tuberculeuse primaire, il faut d'emblée attirer l'attention sur le fait que bien souvent cette affirmation ne devient réalité qu'une fois l'amygdale enlevée et son atteinte tuberculeuse confirmée par l'anatomopathologiste.

Hasler et Weder justifient ce point de vue en considérant la tuberculose amygdalienne comme une localisation bacillaire ouverte, ne

guérissant souvent pas spontanément et apportent quelques observations difficilement critiquables, de chancres amygdaliens ayant persisté plusieurs mois, voire années, avec présence de bacilles de Koch dans l'expectoration et le liquide de tubage gastrique. Mais on peut difficilement les suivre lorsqu'ils prétendent guérir la localisation ganglionnaire par l'exérèse de la porte d'entrée. D'ailleurs, sur leurs 59 cas de complexe amygdalo-cervical ayant tous subi l'amygdalectomie, ils ont été amenés à intervenir secondairement sur l'adénite dans 35 cas. Quant aux 24 cas traités par la seule amygdalectomie, ils ne retiennent que 9 guérisons pour lesquelles on aimerait avoir quelques précisions sur la durée d'observation et l'état radioclinique de l'adénite.

Wissler étudiant l'évolution de 306 enfants porteurs d'adénites cervicales tuberculeuses et dont 89 avaient subi l'amygdalectomie, conclut à la totale inefficacité de celle-ci. Les critiques émises par Hasler et Weder quant à la technique des otorhinolaryngologistes de Wissler ne sont pas justifiées puisque cet auteur prend la peine de préciser qu'il n'a retenu comme amygdalectomisés que les enfants à loges amygdaliennes effectivement vides.

Il est donc parfaitement inutile d'intervenir sur une amygdale uniquement parce qu'on la suspecte d'être le siège du chancre d'inoculation et ce, dans le but de guérir l'adénite cervicale tuberculeuse satellite. « Quand la maison brûle, il est inutile de souffler l'allumette » (Wissler).

Notons toutefois que ce geste semble sans danger : jamais Hasler et Weder n'ont observé sur leurs 59 cas de complications de dissémination. C'est également l'avis de Vehlinger et de nombreux auteurs cités par les otorhinolaryngologistes de Bâle.

Le traitement médical antituberculeux encadrant l'intervention peut se justifier à 2 points de vue.

En premier lieu, celui de prévenir une éventuelle généralisation tuberculeuse post-opératoire. Brügger a opéré depuis 1935 des milliers de malades porteurs d'adénites cervicales tuberculeuses. Jamais, avant la découverte des antituberculeux modernes, il n'a observé de telles disséminations. Aucune des statistiques opératoires importantes que nous avons pu consulter ne mentionne une telle complication. Beck rapporte que Zeller en a observé 1 cas sur 767 interventions pratiquées entre 1942 et 1952.

Un deuxième argument à retenir est avancé par Beck.

Le traitement antituberculeux post-opératoire aurait l'avantage d'agir sur les ganglions tuberculeux que le chirurgien a omis d'extirper et qui seront forcément de petits ganglions, apparemment sains, situés à distance du foyer principal. Les lésions tuberculeuses de tels ganglions, chronologiquement les derniers lésés, peuvent ne pas avoir atteint la phase de nécrose caséuse et en être restées à la phase productive (cellules géantes et épithélioïdes sans nécrose), c'est-à-dire représenter un bien meilleur point d'attaque pour les antituberculeux. Schmid, élève de Brügger, note que le taux de récidence qui était de 18 % avant les antituberculeux est tombé depuis à 6 %. Par contre, Kaiser n'a guère vu se modifier ses résultats.

Quelle que soit la valeur de ces arguments, il est évident qu'il faut entreprendre un traitement médical par antituberculeux. Comme le dit Wissler, s'il n'est d'aucune efficacité, il donne au moins l'impression de sécurité. Commencé 8 à 15 jours avant l'intervention, sa durée peut être arbitrairement fixée à quelques mois, encore que Wissler se contente d'un traitement post-opératoire d'une quinzaine de jours.

La cure climatique post-opératoire n'améliore certainement pas les résultats de l'intervention et fera perdre le temps gagné par celle-ci. C'est pourquoi l'indication d'une convalescence de quelques mois au bord de mer ou en altitude sera question d'opportunité, tenant compte, non seulement de facteurs médicaux mais familiaux et sociaux.

Avant de conclure, nous terminerons cette étude des adénites cervicales tuberculeuses en évoquant brièvement le problème de leur **prévention dans le cadre de la lutte antituberculeuse.**

Envisager la prévention des adénites non primaires, ce serait reconsiderer celles des lésions dont elles sont dépendantes, primo-infection médiastino-pulmonaire et tuberculose pulmonaire. Là n'est pas notre but.

Par contre, pour les adénites primaires représentant encore la majorité des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant en France, le problème revêt quelques particularités du fait même que cette localisation bacillaire réalise souvent la manifestation humaine d'une zoonose.

La lutte contre les sources d'infection doit en effet envisager, à côté du dépistage et du traitement des tuberculoses ouvertes humaines, celui des tuberculoses bovines et des carnivores domestiques.

Pour chats et chiens, la conduite à tenir peut paraître simple. Elle est clairement définie par Florio et Joubert : le diagnostic étant facilement assuré par la clinique et la tuberculation, le médecin-vétérinaire doit refuser tout traitement, et surtout antibiotique, et proposer l'abatage de l'animal. Le fait que ces auteurs réclament des dispositions légales qui leur permettraient d'imposer et non de proposer, montre que les raisons sentimentales l'emportent souvent dans l'esprit des propriétaires.

Quant à la lutte contre le réservoir bovin, voir caprin, ovin, porcin, elle reste dominée par l'importance des intérêts économiques en jeu. L'abatage systématique de tous les animaux réagissant à la tuberculine, joint à la protection des troupeaux indemnes ou assainis par désinfection, à leur surveillance régulière par tuberculation, constituent les grandes lignes de la méthode préconisée par Bang au Danemark. Le coût élevé d'une telle opération l'a fait jusqu'à présent différer en France et Brassier pense que la vaccination par le BCG appliquée au cheptel représenterait un excellent palliatif. L'argument est repris par Bretenet qui, tout en reconnaissant la valeur indiscutable de cette vaccination sur le plan individuel, démontre qu'elle est irréalisable sur une grande échelle, s'avérant finalement plus onéreuse que la méthode de Bang dont l'efficacité n'est plus à démontrer dans les pays qui l'ont mise en pratique.

Parmi les mesures de lutte contre les moyens de transmission, nous rappellerons que la pasteurisation du lait, quelles que soient les critiques qu'elle ait pu soulever, semble parfaitement efficace en notre région. commel'a prouvé l'étude entreprise par Viallier et Saleur. L'ébullition du lait par contre est une technique simple qu'il sera certainement difficile de généraliser en milieu rural.

Devant ces obstacles manifestes que rencontre la lutte antituberculeuse, surtout à l'échelon des sources d'infection, il est évident que la protection des réceptifs restera encore la solution la meilleure. La vaccination par le BCG est indispensable et, puisqu'en notre cas particulier il s'agit non seulement d'éviter une primo-infection tuberculeuse spontanée avec ses possibilités de complications graves mais encore le siège cervical de l'adénite primaire, on vaccinera en une région autre que le territoire deltoïdien supérieur.

CONCLUSIONS

1) L'origine exacte des adénites cervicales tuberculeuses peut être difficile à démêler.

Certaines d'entre elles répondent à une inoculation pharyngo-bucco-faciale. Elles représentent l'élément ganglionnaire périphérique d'un complexe de primo-infection. Il s'agit d'adénites cervicales certainement primaires. On retrouve souvent à l'origine l'absorption de lait cru, plus rarement un contagé humain ou à partir d'un animal domestique. Pour cette raison de fréquence' le B.K. bovin sera plus souvent en cause. La primo-infection pharyngo-bucco-cervicale peut très bien être associée à une primo-infection parallèle ganglio-pulmonaire. Elle comporte, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit volontiers, une primo-inoculation parallèle abdominale qui, dans l'immense majorité des cas, ne sera révélée que par des examens radiologiques systématiques ultérieurs à la recherche de calcifications de la fosse iliaque droite. Les rarissimes BCGites cervicales, à la suite de scarifications deltoïdiennes, hautes entrent évidemment dans le groupe des adénites primaires.

2) Leur évolution spontanée s'effectuera en règle vers la suppuration, la fistulisation et parfois la constitution d'un scrofuloderme cependant que l'examen radiologique révélera facilement la calcification locale. Le risque vital par généralisation n'est pas considérable mais la suppuration est volontiers prolongée, parfois indéfinie, source d'ennuis esthétiques locaux et de difficultés dans la fréquentation scolaire et la vie sociale.

3) Les divers traitements médicaux échouent volontiers ou souvent. La radiothérapie et la cure climatique n'ont pas fait leurs preuves.

Sauf à la phase de tout début, les médicaments anti-tuberculeux par voie générale n'ont aucun effet. L'introduction locale d'antituberculeux ou de corticoïdes échoue car elle ne s'adresse qu'à un ganglion le plus superficiel caséifié et ignore les adénites sous-jacentes sources

de rechutes. L'association d'anti-tuberculeux et de corticoïdes par voie générale peut réussir, mais il n'est pas souhaitable d'établir à ce titre un traitement prolongé.

4) Suivant en cela l'optique des auteurs allemands et suisses dont l'expérience est large, nous proposons franchement l'exérèse chirurgicale, soit immédiate, soit après un court essai de traitement médical (anti-tuberculeux et corticoïdes par voie générale). L'exérèse doit être large, sans aller jusqu'au curage ganglionnaire total. Elle doit être pratiquée par un chirurgien exercé en la matière. Elle sera encadrée d'un traitement médicamenteux et permettra une reprise précoce de l'activité scolaire, au besoin après une courte convalescence d'ordre climatique.

5) Les indications d'exérèse sont plus rares dans les adénites cervicales tuberculeuses qui ne répondent pas à la définition précédente et qui peuvent être d'origines variées : adénites hématogènes comme il est classique - parfois adénites lymphogènes à partir de ganglions médiastinaux - voire adénites cervicales consécutives à une super-infection amygdalo-pharyngée à partir d'une tuberculose thoracique bacillifère.

Vu : *Le Doyen*
H. HERMANN.

Le Président de la Thèse :
M. le Professeur SOHIER.

Vu et permis d'imprimer :
le 24 Juin 1960

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
André ALLIX.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (obs. 2881)

DUP... Georges, né le 21-2-49.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire surinfectée.

Evolution locale vers la fistulisation, sous traitement antituberculeux.

Au cours d'une varicelle, survient début avril 1955 une tuméfaction cervicale douloureuse accompagnée d'une température à 40°. Un traitement par tétracycline reste sans effet.

A l'entrée, le 17-4-55 :

Il s'agit d'un campagnard de 6 ans 2 mois, présentant une adénite sous angulo-maxillaire gauche du volume d'une mandarine, chaude, adhérente aux plans profonds, rénitente. Température 39°. On note de nombreuses caries dentaires ainsi qu'une rhino-pharyngite. L'interrogatoire apprend que cet enfant ne boit que du lait cru non pasteurisé. Aucune notion de tuberculose familiale n'est retenue.

La réaction tuberculinique était négative en février 1955. Celle-ci se révèle positive le 19-4-55.

Une radiographie cervico-thoracique du même jour est normale.

Ponction ganglionnaire du 25-4-55 après 2 séances de radiothérapie (2 fois 30 r) : isolement d'un streptocoque hémolytique. Pas de bacilles de Koch à l'examen direct.

On institue un traitement pénicilliné (1 MUO x 5) sans effet sur la température ; par contre, succès immédiat de l'association streptomycine-isoniazide.

5-5-55 : l'autopsie d'un cobaye inoculé avec pus de ponction ganglionnaire du 25-4 révèle son atteinte tuberculeuse avec présence de bacilles de Koch.

Le type du bacille n'a pu être déterminé.

Devant le succès du traitement antituberculeux (streptomycine 1 gr - isoniazide 0,20 gr), la tuméfaction cervicale diminuant manifestement de volume, on envoie l'enfant le 13-6-55 en cure héliomarine à l'hôpital René Sabran de Giens.

Revu le 7-1-60 :

On apprend que la fistulisation s'est produite quelques semaines après le début du séjour au bord de mer.

Le traitement antituberculeux était poursuivi, associé à l'hydrocortisone en application locale.

Pendant ces 4 ans, à plusieurs reprises, sont survenues des fistulettes spontanément cicatrisées.

Actuellement :

Cicatrice satisfaisante malgré un traitement purement médical. Examen bucco-pharyngé normal.

Radiographies cervicales : grosse calcification sous-angulo-maxillaire gauche unique et muriforme.

Radiographie abdominale : quelques petites calcifications spiculées se projetant sur l'aile droit du sacrum.

Radiographie thoracique normale.

L'enfant a perdu 1 an de scolarité. Il reste exposé à la reviviscence ganglionnaire.

OBSERVATION 2 (obs. 3897).

BER... Daniel, né le 20-9-50.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire.

Evolution vers le scrofuloderme malgré un traitement local par antituberculeux et hydrocortisone. Echec de la pommade à l'hydrocortisone.

Début aigu par angine en février 1956, laissant subsister une adénite sous-angulo-maxillaire gauche qui amène à pratiquer une cuti-réaction tuberculinique le 8-2-56 : elle sera positive. Une percuti-réaction réalisée en décembre 1955, en raison du décès d'une grand'mère bacillaire en octobre 1955, s'était révélée négative chez cet enfant, mais positive chez 2 enfants de la fratrie âgés de 9 et 11 ans.

A l'entrée, le 10-3-56 :

Enfant de 5 ans 6 mois, porteur d'une adénite sous-langulo-maxillaire gauche en voie de ramollissement. Amygdalite bilatérale. Consommation habituelle de lait cru de provenance locale. Réaction tuberculinique très positive. Radiographie cervico-thoracique du 13-3 normale. Mise en évidence de nombreux bacilles de Koch à l'examen direct du pus de ponction ganglionnaire du 14-3.

En l'espace d'un mois, l'évolution locale aboutit à l'envahissement cutané malgré 5 injections locales de streptomycine-isoniazide (12,5 mg de chaque) avec adjonction de 5 mg d'hydrocortisone pour les 2 dernières.

Le scrofuloderme réagit alors favorablement aux applications locales de pommade à l'hydrocortisone, mais pour un court laps de temps seulement.

Inoculation et culture n'ont pu apporter de précisions quant à la source d'infection, qui en cette observation reste douteuse.

Le 22-5-56 : l'enfant part en cure héliomarine à Giens, sous traitement antituberculeux triple.

Revu le 20-1-60 :

On apprend que l'évolution locale s'est poursuivie encore 14 mois après la sortie du Service, malgré 1 an de cure au bord de mer et un traitement continu à l'isoniazide.

Actuellement :

La cicatrice cervicale gauche est plate, mais blanche, atrophique, de 8 x 3 cm.

Nombreux grains de plomb de la chaîne spinale gauche.

Volumineuses amygdales. Caries des 6° inf. Dr. et 6° inf. G..

Radiographies cervicales, thoracique, abdominale : normales.

L'enfant a perdu 1 an de scolarité. Le risque de reviviscence n'est pas écarté.

OBSERVATION 3 (obs. 4231).

MAR... Régine, née le 23-8-44.

Primo-infection tuberculeuse médiastino-pulmonaire avec perforation ganglio-bronchique et scrofuloderme cervical traité par pommade à l'hydrocortisone.

Episode purpurique pendant le séjour.

Le *début* clinique, difficile à préciser, semble remonter à novembre 1955. En 8 mois, s'est insidieusement précisée une tuméfaction cervicale sous-maxillaire droite, accompagnée de dyspnée avec cornage. L'enfant a maigri de 8 kgs. Température subfébrile.

En juin 1956 : la survenue d'une toux hémoptoïque ainsi que l'apparition d'une fistule sous-maxillaire finissent par inquiéter les parents.

A l'entrée, le 19-7-56 :

Fillette de 12 ans, porteuse d'une adénite sous-maxillaire droite fistulisée avec scrofuloderme, présentant par ailleurs un syndrome asthmatiforme. Température vespérale subfébrile.

On ne retrouve pas de contact humain évident, pas d'ingestion de lait cru. Allergie tuberculinique évidente sans notion de virage.

Une radiographie thoracique du 19-7 montre une image de scissurite droite, sans adénopathies manifestes, sans trouble de la ventilation.

On institue un traitement antituberculeux par voie générale (PAS 9 gr - isoniazide 0,30 gr) tandis que les applications locales de pommades à l'hydrocortisone semblent parfaitement efficaces sur le scrofuloderme.

Le 31-7-56 ; devant la persistance du syndrome asthmatiforme, une bronchoscopie est décidée (D. Persillon) qui ne montre qu'un aspect bronchitique hémorragique, le suintement semblant principalement venir de la bronche souche droite.

Le lendemain de l'endoscopie se déclare un purpura de la face et du cou, véritable signe du lacet, avec TC = 12,5 minutes - TS = 7 minutes. Plaquettes = 150.000/mm³, normalement agglutinées.

On évoque le purpura tuberculeux de primo-infection avec trachéo-bronchite hémorragique. Pour éviter toute interférence, le traitement antituberculeux est momentanément supprimé.

Des tomographies pulmonaires du 3-8 révèlent alors la présence d'une adénopathie latéro-trachéale droite et intertrachéo-bronchique.

Une nouvelle bronchoscopie est décidée. Réalisée le 13-8, dans de meilleures conditions, elle montre cette fois une manifeste fistule bourgeonnante de la paroi interne de la bronche souche droite.

Le bacille de Koch ne sera isolé que par inoculation au cobaye à partir de liquide d'un tubage gastrique du 20-8. Son type n'a pu être déterminé.

Le 10-9-56 : le syndrome asthmatiforme a totalement disparu. La pommade à l'hydrocortisone a permis la cicatrisation du scrofuloderme. L'isoniazide a été reprise depuis le 21-8.

L'enfant quitte le Service pour l'hôpital Sainte-Eugénie où son traitement sera poursuivi 6 mois.

Revu le 7-1-60.

L'enfant présente une cicatrice sous-maxillaire droite, peu visible en raison de son siège, mais anfractueuse.

On perçoit des ganglions sous-angulo-maxillaires bilatéraux anormalement volumineux.

Examen bucco-pharyngé normal.

Radiographie thoracique : ligne scissurale droite horizontale et calcifications latéro-trachéales droites.

Il est pratiquement impossible en cette observation de savoir s'il s'est agi d'une primo-infection à double porte d'entrée, bucco-pharyngée et pulmonaire ou d'une adénite cervicale tuberculeuse, conséquence de la primo-infection médiastino-pulmonaire fistulisée. La chronologie des faits et le mode d'évolution de l'adénite cervicale tuberculeuse plaideraient plutôt en faveur de la première hypothèse.

OBSERVATION 4 (obs. 6910).

CAR... Claude, né le 30-3-51

Adénite cervicale tuberculeuse primaire au décours d'une hépatite/infectieuse anictérique à début pseudo-tumoral.

Discussion de diagnostic avec la maladie des griffes du chat.

Traitement chirurgical de l'adénite, réduit à un simple curetage après fistulisation.

Depuis le mois de septembre 1958, cet enfant se plaint d'intolérance alimentaire. Il vomit souvent.

Le Dr Gay consulté découvre une hépatomégalie de 3 travers de doigt, motivant l'hospitalisation.

A l'entrée, le 25-11-58 :

Garçon de 7 ans 8 mois, présentant effectivement une importante hépatomégalie pseudotumorale mais qui rapidement, sur la foi de tests hépatiques perturbés, pourra être rattachée à une hépatite anictérique infectieuse, la température oscillant autour de 38°.

La découverte de ganglions occipitaux fera pratiquer une réaction de Paul et Bunnell, qui s'avèrera négative.

Une dizaine de jours après son entrée, est constatée une adénite sous-angulo-maxillaire gauche atteignant rapidement le volume d'une prune, légèrement douloureuse.

Un examen ORL complet s'avère normal. On ne peut que noter une racine de la 5ème INF. G., éventuelle porte d'entrée.

Une hyperleucocytose à polynucléaires fait envisager une étiologie infectieuse banale.

Une cuti-réaction tuberculinique très positive n'attire pas l'attention en raison d'une vaccination par BCG datant de mars 1957.

Une radiographie thoracique du 25-11-58 est normale.

On institue un traitement pénicilliné (1 M U.O x 11) sans succès.

Évoluant vers l'abcédation, on entreprend 6 ponctions du foyer ganglionnaire avec injections de 100.000 U.O. de pénicilline chaque fois, tandis que la pénicilline par voie générale est remplacée par la cathomycine (1 gr x 18).

Le 27-12-58 : l'examen d'une lame de pus retiré lors de la seconde ponction ganglionnaire montre la présence d'amas de cellules épithéloïdes rendant pratiquement certain le diagnostic de tuberculose ganglionnaire (Dr Germain).

Un nouvel interrogatoire dirigé de la mère apprend alors que le BCG n'a jamais été suivi de contrôles tuberculiniques et en fait, on ne trouve pas trace de scarifications mais surtout, en août 1958, alors que l'enfant venait de partir en vacances à la campagne, son chat a été reconnu porteur d'un ulcère tuberculeux du crâne et abattu (D. Luquet).

Par ailleurs, pendant ce séjour en milieu rural d'août à septembre 1958, l'enfant consommait abondamment du fromage blanc du pays.

On s'évertue alors à mettre en évidence le bacille de Koch, dans le pus de l'abcès froid ganglionnaire, sans jamais le découvrir par examen direct. 2 séances de radiothérapie de 30 r chacune ont permis ces ponctions fructueuses qui jusqu'alors étaient pratiquement blanches, mais le 19-1-59 la fistulisation cutanée survient.

Intervention le 22-1-59 (Dr Dubois).

En raison de l'aspect très inflammatoire, on se contente d'une incision avec curetage des parois de l'abcès. Fermeture lâche sans drainage.

L'examen histologique de la pièce opératoire (Pr Guichard) jette alors le doute dans les esprits en évoquant la possibilité de lymphoréticulose bénigne d'inoculation.

Le 3-2-59 est alors soulevée la possibilité d'une exceptionnelle hépatite de la lymphoréticulose bénigne, mais on s'étonne de sa précession par rapport à l'adénopathie.

Le traitement antituberculeux par pasiniazide, institué depuis le 13-1-59, est même momentanément suspendu. Une intradermo-réaction à l'antigène de Reilly reste négative.

Le 20-2-59 : un cobaye inoculé avec le pus de ponction ganglionnaire du 14-1-59 se révèle enfin porteur de manifestes lésions tuberculeuses avec présence de bacilles de Koch. Malheureusement, les cultures sont demeurées stériles et le type du bacille n'a pu être déterminé.

L'enfant a rejoint sa famille le 12-2-59 avec un traitement post-opératoire par pasiniazide, à poursuivre quelques semaines.

Revu le 7-1-60 :

On apprend que les suites de cette intervention palliative ont été mauvaises. Après une désunion totale de la suture 15 jours après l'intervention, la suppuration a duré 3-4 mois en milieu héliomarin à Giens.

Actuellement : Cicatrice de 5 x 2 cm, souple et de coloration normale. On ne perçoit aucun ganglion cervical suspect. Caries des 5ème INF. D. et 6ème INF. G. Radiographies cervicales, pulmonaires, abdominale : absence de toutes calcifications.

OBSERVATION 5 (obs. 7546)

GER... Myriam, née le 11-6-56.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire.

Evolution locale vers fistulisation avec scrofuloderme. Bon résultat de la pommade à l'hydrocortisone.

En septembre 1958, au décours d'une angine avec température à 40°, persiste une tuméfaction cervicale gauche qui augmente progressivement de volume jusqu'en juin 1959, époque à laquelle s'installe une fistule provoquée par ponction. Un traitement antérieur par tifomycine avait été parfaitement inefficace.

A l'entrée, le 29-6-59 :

Présence, chez cette fille de 3 ans, d'un scrofuloderme cervical gauche avec fistule. Examen bucco-pharyngé normal. On apprend que cette enfant consomme régulièrement du lait cru produit par les vaches de la ferme paternelle, reconnues récemment tuberculeuses.

Réaction tuberculinique positive.

Radiographie cervico-thoracique du 4-7-59 apparemment normale.

Le bacille de Koch n'a jamais pu être isolé.

A noter une hyperleucocytose à polynucléaires traduisant la surinfection.

On institue un traitement antituberculeux par voie générale (isoniazide, puis pasiniazide) en y associant la pénicilline. Pommade à l'hydrocortisone locale.

L'évolution est excellente : le 7-8-59 la cicatrisation est totale et l'enfant part en cure héliomarine à Giens où le traitement antituberculeux sera poursuivi.

Revue le 7-1-60 :

La cicatrice sous-angulo-maxillaire gauche est inesthétique.

Les radiographies cervicales montrent la présence de microcalcifications disséminées de la portion supérieure de la chaîne jugulaire interne gauche. Calcifications, que rétrospectivement l'on devine déjà sur le cliché du 4-7-59, soit 10 mois seulement après le début clinique.

La reviviscence ganglionnaire reste possible à tous moments.

OBSERVATION 6 (obs. 7293).

OD... Marie-Christine, née le 4-4-51.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire. Simple curetage ganglionnaire après fistulisation.

En novembre 1957 : apparaît insidieusement une volumineuse adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche tandis qu'une cuti-réaction tuberculinique s'avérait positive.

L'enfant passe alors 11 mois en montagne sous traitement par isoniazide. L'adénite aurait quelque peu diminué de volume.

En avril 1959 : se produit une exacerbation locale en relation avec une rhino-pharyngite banale.

A l'entrée, le 11-5-59 :

Il s'agit d'une fille de 8 ans 1 mois, présentant une tuméfaction sous-angulo-maxillaire gauche du volume d'une orange, véritable abcès froid ganglionnaire. Rhino-pharyngite. Le contage initial n'a pu être précisé.

Réaction tuberculinique positive.

La radiographie cervico-thoracique permet de discuter la présence de calcifications cervicales gauches. Aucune image médiastino-pulmonaire de primo-infection.

L'indication opératoire est posée, mais le service chirurgical demande de poursuivre le traitement antituberculeux institué depuis l'entrée, pendant quelques jours (streptomycine et isoniazide), ce qui permet la fistulisation cutanée le 26-5-59, le lendemain du passage en ce Service.

Un examen bactériologique de pus prélevé le 26-5-59 a montré la présence de bacilles de Koch. Type non recherché.

Un simple curetage ganglionnaire est réalisé le 6-6-59.

L'enfant quitte directement le Service chirurgical le 26-6-59, un traitement local par antituberculeux n'ayant pu favoriser une cicatrisation qui n'est toujours pas réalisée.

Renseignements pris auprès de l'Hôpital Renée Sabran de Giens (Dr Imbert), on apprend qu'en date du 12-5-60 l'enfant se trouve toujours en cure héliomarine. Un scrofuloderme a guéri par quelques cautérisations à l'acide trichloracétique.

Comme on pouvait le craindre, présence de calcifications cervicales gauches.

La guérison définitive ne peut guère être promise.

OBSERVATION 7 (obs. 2222)

GAT... Christian, né le 26-7-48.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire. Exérèse.

Adressé pour persistance anormale d'une adénite cervicale depuis plus d'un mois, l'enfant *entre dans le Service* le 6-10-54.

Agé de 6 ans 3 mois, il présente effectivement une adénite sous-angulo-maxillaire droite, indolore, de volume peu inquiétant, atteignant celui d'une cerise. Une très importante amygdalite pultacée ne semble pas une explication suffisante.

Une radiographie thoracique est normale.

Aucune notion de contage n'est retrouvée, familiale ou alimentaire, susceptible d'expliquer la réaction tuberculinique très positive depuis septembre 1954.

On envoie alors l'enfant en cure préventoriale le 2-11-54 où, malgré un traitement par isoniazide, l'adénite augmente régulièrement de volume, atteignant celui d'une noix. Le médecin du préventorium renvoie alors l'enfant dans le Service pour radiothérapie.

Nouvelle hospitalisation le 16-4-55 :

Tout en poursuivant l'isoniazide, on pratique 10 séances de radiothérapie de 50 r chacune. L'effet est nul. L'adénite reste dure, mobile, non adhérente à la peau. L'enfant est emmené par ses parents.

3ème séjour, le 10-1-56 :

L'adénite est inchangée, du volume d'une noix, sous-angulo-maxillaire droite, mobile, dure. Deux autres ganglions de la chaîne jugulaire interne sont atteints.

Une radiographie cervico-thoracique, pratiquée quelque 17 mois après le début clinique, montre la présence de nombreuses calcifications cervicales droites. Image thoracique normale.

L'intervention est décidée.

Réalisée le 24-1-56 (Dr J. Marion) : le chirurgien est gêné par des adhérences profondes amenant à sacrifier le tronc thyrolopharyngé. Suites opératoires simples.

L'examen histologique de la pièce opératoire confirme la tuberculose ganglionnaire au stade de nécrose caséeuse.

L'enfant quitte le Service début février 1956, avec traitement antituberculeux post-opératoire à poursuivre pendant 6 mois de cure héliomarine à Giens.

Revu le 17-12-59 :

La cicatrice opératoire est bonne, dans la mesure où la peau à son niveau est de coloration pratiquement normale. Mais non linéaire (5 x 1 cm.) en raison d'une désunion secondaire à l'endroit du drainage, elle n'est pas dans les plis du cou.

Aucune adénopathie cervicale suspecte n'est perçue.

Examen bucco-pharyngé normal en dehors de caries des 6ème INF G, 6ème INF D.

Clichés cervicaux, thoracique, abdominal : normaux. On a pu discuter sur le cliché thoracique la persistance d'une petite calcification cervicale droite haute, non retrouvée sur les clichés cervicaux.

Le traitement conservateur a fait différer de 15 mois le traitement chirurgical.

OBSERVATION 8 (obs. 5662).

COC... Brigitte - née le 26-3-54.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire.

Exérèse après injections locales d'hydrocortisone.

En août 1957 : cette enfant présente une amygdalite unilatérale aiguë droite, étiquetée angine de Vincent, avec adénopathies inflammatoires satellites. Elle est envoyée 1 mois plus tard en convalescence à la campagne, chez ses grands-parents, où elle consomme du lait cru de la ferme.

A son retour, en octobre 1957, persiste une adénite cervicale droite, indolore. Un traitement par pénicilline-érythromycine reste sans effet.

Le médecin-traitant pratique alors une cuti-réaction tuberculique qui se révèle très positive.

Le Dr Gauthier appelé en consultation, constate une ulcération de l'amygdale droite, porte le diagnostic de primo-infection amygdalo-cervicale, réalise une ponction ganglionnaire qui révélera la présence de bacilles de Koch et adresse l'enfant dans le Service après échec de 2 injections locales d'hydrocortisone.

Admission, le 9-12-57 :

Fillette de 3 ans 8 mois, dont l'adénite sous-angulo-maxillaire droite est

en voie de fistulisation. L'envahissement cutané est manifeste. Petite granulation résiduelle de l'amygdale droite. Un prélèvement à ce niveau restera négatif.

Radiographie thoracique normale.

Le bacille de Koch, isolé à partir de pus de ponction ganglionnaire, ne pourra être mis en culture.

Sous l'influence de 4 injections locales d'hydrocortisone (12,5 mg x 4), l'abcès froid ganglionnaire diminue notablement de volume. Le moment est jugé favorable pour intervenir.

Exérèse le 11-1-58 (Dr J. Marion).

Extirpation large de la chaîne jugulaire interne adhérent intimement à la veine sur 3 cm. Le pôle supérieur de la masse ganglionnaire est au contact du nerf spinal. Drainage et instillation streptomycine.

Confirmation histologique de tuberculose ganglionnaire au stade nécrose caséuse.

Le traitement par isoniazide, entrepris depuis octobre 1957, est poursuivi.

L'enfant quitte le Service de chirurgie le 3-2-58 et rejoint sa famille.

Revue le 17-12-59 :

On apprend qu'il y a eu désunion de la cicatrice opératoire, ayant débuté au niveau de l'orifice de drainage.

L'enfant présente une cicatrice certes souple, plate, de coloration presque normale, mais oblique le long du sterno-cléido-mastoidien, longue de 10 cm et large de 3.

L'intervention retardée et la suppuration post-opératoire de la cicatrice sont responsables de ce résultat esthétique peu satisfaisant.

La palpation décele un ganglion sous-maxillaire droit et un ganglion spinal droit, tous deux du volume d'une cerise.

Radiographies thoracique et abdominale : normales.

Radiographies cervicales : on peut discuter l'existence de 2 petites calcifications cervicales droites sous-maxillaires.

OBSERVATION 9 (obs. 5811).

MUZ... Gérard, né le 18-1-52.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire. Exérèse.

En octobre 1957 : cet enfant présente un épisode fébrile au décours duquel apparaît insidieusement une adénopathie cervicale gauche mise sur le compte d'une rhino-pharyngite avec otite.

Traitement par rovamycine inefficace.

A l'entrée, le 17-12-57 :

Ce garçon de 5 ans 11 mois présente une adénite sous-angulo-maxillaire gauche du volume d'une noix, mobile et rénitente, indolore, difficilement rattachable à une banale pharyngite actuelle d'autant plus que la cuti-réaction tuberculinique, pratiquée en novembre 1957, s'est révélée positive. Elle était négative en mars 1957. Cet enfant de la campagne boit par ailleurs habituellement du lait cru de provenance locale.

Radiographie cervico-thoracique normale.

On entreprend une tentative de traitement médical par isoniazide (0,20 gr) et PAS (4,50 gr.).

Le 3-1-58 : l'adénite sous-angulo-maxillaire gauche est inchangée. On perçoit plusieurs autres adénites satellites, plus petites.

Devant l'échec du traitement par antituberculeux qui a été poursuivi, l'exérèse est réalisée le 18-2-58 (Dr. J. Marion).

Incision idéale, sous-maxillaire horizontale curviligne en arrière. Extirpation de la masse principale sous-angulo-maxillaire et des ganglions satellites accessibles. Suites simples.

Confirmation histologique de tuberculose ganglionnaire au stade de nécrose caséuse.

Présence de bacille de Koch à l'examen direct du pus prélevé pendant l'intervention. Inoculation au cobaye positive.

Quitte le service le 22-5-58 pour l'Hôpital héliomarin de Giens où sera poursuivi le traitement post-opératoire par antituberculeux.

Revu le 17-12-59 :

L'enfant est porteur d'une cicatrice linéaire, plate, souple, de coloration normale, dans les plis du cou, longue de 7 cm. Le résultat esthétique serait parfait si n'existaient les cicatrices des points de suture, situées à 1 cm de part et d'autre de la cicatrice médiane.

Multiplies caries dentaires.

Radiographies cervicales, thoraciques, abdominale : ne révèlent aucune calcification.

OBSERVATION 10 (obs. 6065)

BEA... Clément, né le 27-12-52.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire.

Exérèse après fistulisation.

La persistance d'une tuméfaction cervicale depuis plus d'un mois motive *l'entrée dans le Service*, le 9-4-58 :

de ce garçon de 5 ans 4 mois qui présente une adénite de la chaîne jugulaire interne droite, située au-dessous du niveau de l'os hyoïde, du volume d'une bille, bien limitée, indolore. Ce siège est parfaitement expliquée par la porte d'entrée certainement située au niveau d'un volumineux paquet de végétations adénoïdes.

Le contage n'a pas été recherché avec précision.

La cuti-réaction tuberculinique est très positive.

La radiographie thoracique est normale, de même que les tomographies médiastino-pulmonaires.

Un traitement antituberculeux d'essai est institué (isoniazide 0,15 gr — PAS 4 gr).

Une ponction ganglionnaire du 11-4-58 permet de confirmer le diagnostic. Présence de bacilles de Koch à l'examen direct. L'inoculation sera positive. Le type ne sera pas recherché.

Devant l'échec du traitement médical, l'augmentation de volume de l'adénite et sa tendance au ramollissement, l'enfant passe en chirurgie le 23-4-58.

L'exérèse n'est réalisée que le 18-5-58 (Dr J. Marion), ayant permis à l'adénite de fistuliser et par conséquent, nécessité résection cutanée.

Désunion secondaire de la suture par traction cutanée trop grande. Cicatrisation en 15 jours.

Le fragment de pièce d'exérèse envoyé à l'anatomopathologiste ne permet de conclure qu'à l'existence de lésions inflammatoires non spécifiques.

L'enfant quitte le Service le 18-7-58 pour une cure héliomarine de 1 an avec traitement antituberculeux.

Revu le 11-8-59 :

Et malgré les suites opératoires mauvaises, l'enfant est porteur d'une cicatrice plate, souple, de coloration normale, visible en raison de sa largeur atteignant 2 cm.

La radiographie cervico-thoracique ne montre aucune calcification cervicale ni médiastino-pulmonaire.

La cure héliomarine a été justifiée par les conditions familiales et sociales déplorables dans lesquelles vivait cet enfant.

OBSERVATION 11 (obs. 6140)

MIL... Laïd, né le 21-9-52.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire de contagé humain.

Exérèse limitée après fistulisation.

Apparition, il y a une dizaine de jours, d'une tuméfaction sous-maxillaire gauche qui,

A l'entrée, le 14-5-58 :

est reconnue comme une adénite froide, déjà fluctuante. La peau est envahie. La fistulisation imminente. L'examen bucco-pharyngé n'a pas montré de porte d'entrée.

Agé de 5 ans 8 mois, ce garçon ne boit que du lait pasteurisé, mais son père a été traité pour tuberculose pulmonaire il y a quelques mois. Le dernier examen bactériologique des crachats n'a pu être précisé.

La réaction tuberculinique est très positive.

La radiographie thoracique est normale.

Le bacille de koch sera isolé par inoculation et culture, à partir d'une ponction ganglionnaire réalisée le 16-5-58.

Il s'agit d'un bacille de type humain.

On institue un traitement antituberculeux (streptomycine - pasiniazide) et l'enfant passe en chirurgie dès le 17-5-58.

L'exérèse n'est réalisée que le 5-7-58. Entre temps, la fistulisation cutanée s'est produite.

L'extirpation s'est limitée à celle de la masse caséeuse principale, du volume d'une noisette, précise le compte-rendu opératoire.

Examen histologique confirmatif.

De retour dans le Service, le 31-7-58 :

On peut constater que les suites opératoires sont manifestement médiocres. Le scrofuloderme n'a été que partiellement excisé. La cicatrice opératoire suppure.

Le traitement antituberculeux général est poursuivi.

En 8 jours, les lésions locales cicatrisent par simple nitratisation.

L'enfant quitte le Service le 2-10-58 pour 3 mois de cure héliomarine à Giens, justifiée par les conditions sociales de vie.

Revu le 20-1-60 :

La cicatrice est plane, souple, de coloration normale, mais non linéaire (3 x 1,5 cm), peu visible en raison de son siège.

Aucun ganglion suspect n'est perçu.

Radiographies cervicales, thoracique, abdominale : normales.

OBSERVATION 12 (obs. 6324)

VA... Christiane, née le 26-8-49.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire.

Exérèse. Atteinte partielle du nerf spinal.

Apparition insidieuse en novembre 1957 d'une adénite sous-angulo-maxillaire gauche.

La réaction tuberculinique s'avère positive, alors qu'elle était négative en février 1957.

L'enfant est envoyée en préventorium où, pendant 6 mois, elle suivra un traitement par isoniazide, absolument d'aucune efficacité sur l'adénite.

A l'entrée, le 12-6-58 :

il s'agit d'une fille de 8 ans 10mois chez laquelle la palpation cervicale décèle la présence de 2 adénites sous-angulo-maxillaires gauches, du volume d'une noix, indolores, rénitentes, mobiles.

La radiographie thoracique est normale.

Aucun contage n'a été retrouvé.

Un traitement pré-opératoire par streptomycine-pasiniacide est institué.

L'enfant passe en chirurgie le 21-6-58 et l'exérèse est réalisée le même jour (Dr Dubois).

Le compte-rendu opératoire ne fait pas état des relations de la masse ganglionnaire avec le nerf spinal.

L'examen histologique confirme l'atteinte tuberculeuse au stade de nécrose caséuse.

Les investigations bactériologiques n'ont pas été faites.

Départ du Service le 27-7-58 pour 6 mois de cure au bord de mer à Giens, sous traitement antituberculeux général.

Revue le 18-1-60.

L'enfant est porteuse d'une cicatrice linéaire de 6 cm, dans les plis du cou, souple, visible, car apigmentée, mais très satisfaisante. On peut regretter les points de suture visibles de part et d'autre.



Par examen systématique, on met en évidence une hypotonie amyotrophique du sterno-cléido-mastoidien gauche, ne gênant d'ailleurs nullement la motilité cervico-céphalique et passée totalement inaperçue de l'enfant et de son entourage.

Le muscle trapèze se contracte normalement.

L'examen électrique est confirmatif.

Aucune calcification visible sur les clichés cervicaux, thoracique, abdominal.

OBSERVATION 13 (obs. 7594)

GER... Jean-Paul, né le 10-1-55.

Adénite cervicale tuberculeuse primaire.

Première exérèse incomplète. Réintervention complète.

Frère de Myriam (obs. 5) et fils de cultivateur, le début et le contage sont en tous points identiques à ceux de la primo-infection de sa sœur. Ingestion habituelle de lait cru en provenance de vaches tuberculeuses. Angine avec température à 40° en septembre 1958. Comme chez sa sœur, il persiste au décours une tuméfaction cervicale, mais pour lui elle a progressivement disparu et on le considérait comme guéri.

Depuis juin 1959, réapparition insidieuse de la même tuméfaction.

A l'entrée, le 18-8-59 :

on découvre chez ce garçon de 4 ans 7 mois une adénite sous-angulo-maxillaire droite du volume d'une noix, adhérente aux plans profonds dont l'étiologie tuberculeuse est bien probable en raison de l'anamnèse.

La cuti-réaction tuberculinique est très positive.

Une radiographie cervico-thoracique du 19-8-59 montre l'absence de calcification cervicale, une image thoracique normale.

On se dispense de toute ponction et on adresse l'enfant au chirurgien le 28-8-59.

L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'une tuberculose ganglionnaire au stade de nécrose caséeuse.

Une inoculation au cobaye sera positive, mais type non déterminé.

Malheureusement, exérèse très incomplète, car

Revu le 9-12-59 :

soit 15 mois après le début clinique :

Les radiographies cervicales montrent de nombreuses microcalcifications latéro-cervicales droites groupées en 4 foyers distincts. A gauche, on peut discuter la présence de très fines calcifications cervicales hautes en formation.

Par ailleurs, présence de fines calcifications de la fosse iliaque droite sur le cliché abdominal.

Cliché thoracique normal.

La réintervention est décidée, d'autant plus que les adénites ont cliniquement augmenté de volume et le 15-12-59, un ganglion sous-angulo-maxillaire droit est en voie de fistulisation.

Nouvelle intervention le 24-12-59 (Dr J. Marion) :

Exérèse périlleuse nécessitant ligature de la faciale, évidemment sous-maxillaire emportant la glande salivaire, libération de la veine jugulaire interne et du nerf spinal englobés dans la masse ganglionnaire.

Suites opératoires simples.

Radiographies cervicales post-opératoires du 11-1-60 : disparition des calcifications cervicales droites. On ne retrouve pas les discrètes calcifications gauches, mais l'incidence n'est pas la même.

L'enfant quitte le Service le 13-1-60 pour rejoindre sa famille, avec un traitement par pasiniazide, institué depuis le début de la première hospitalisation.

On ne peut que regretter le temps perdu ayant permis l'extension des lésions et finalement obligé le chirurgien à une grande incision en Y.

Si les calcifications cervicales gauches devaient se confirmer cet enfant resterait exposé à une reviviscence du côté non opéré.

OBSERVATION 14 (obs. 3896)

LEM... Gérard, né le 2-9-46.

Reviviscence d'adénite cervicale tuberculeuse primaire au décours d'une staphylococcie nuquale. Exérèse.

En mars 1956, à la suite d'une angine, a persisté une tuméfaction cervicale droite.

A l'entrée, le 4-4-56 :

on note chez ce garçon citadin de 9 ans 7 mois une volumineuse adénite douloureuse, sous-angulo-maxillaire droite, avec amygdalite bilatérale. Aucun contage tuberculeux ne peut être évoqué. L'enfant consomme du lait pasteurisé.

La réaction tuberculinique, négative lors de la rentrée scolaire en automne 1955, est actuellement très positive.

La radiographie thoracique est normale.

Un prélèvement de gorge du 10-4-56 révèle la présence de streptocoques viridans et hémolytiques, ainsi que celle de staphylocoques dorés.

Un traitement antituberculeux est institué (PAS 2 gr - isoniazide 0,50 gr)

L'enfant quitte le Service le 13-5-56, l'adénite ayant pratiquement disparu.

Nouveau séjour hospitalier le 18-3-60 :

Fin décembre 1959 : l'enfant a présenté un furoncle nuqual droit dont on retrouve actuellement la cicatrice.

Depuis sa guérison, persiste un tuméfaction cervicale droite qui, à l'examen, se révèle être un volumineux abcès froid ganglionnaire tendu et légèrement douloureux.

Les amygdales sont volumineuses, non enflammées.

Radiographie et tomographies pulmonaires ne montrent aucune séquelle de primo-infection ancienne.

Radiographie abdominale : pas de calcification.

Radiographie cervicale : nombreuses calcifications latéro-cervicales droites sédimentant dans le bas-fond d'un volumineux abcès froid, limité par une densification des parties molles.



On institue un traitement antituberculeux (isoniazide 0.20 gr PAS 12 gr.)

Il s'agit manifestement d'une reviviscence d'adénite cervicale tuberculeuse primaire calcifiée.

L'intervention est décidée avant que ne survienne la fistulisation.

Exérèse large le 31-3-60 (Dr Morgon) :

Isolement de la jugulaire interne, du spinal, du grand hypoglosse avant extirpation ganglionnaire. Fermeture sur tuile aux agrafes.

Parésie post-opératoire de la commissure labiale, rapidement régressive.

Examen histologique de la pièce opératoire (Dr Larbre) : simple hyperplasie réticulaire sans formations folliculaires visibles.

Prélèvement de pus per-opératoire : absence de bacille de Koch à l'examen direct. Culture en cours.

Le 13-4-60 : la cicatrisation est bonne. Cicatrice plate et linéaire dont on peut regretter la direction oblique le long du sterno-cleido-mastoidien et la longueur de 10 cm.

L'enfant quitte le Service le 27-4-60, avec un traitement post-opératoire comportant pasiniazide.

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE

- BECK E., BEHRENDT H. und KASTERT J. — *Zur Klinik und Therapie der Halslymphknotentuberkulose*. Tbkarzt 1958, 12, 9, p. 573.
- BERNHEIM M., LANTERNIER (Mlle J.) — *Tuberculose d'origine bovine chez un nourrisson. Chancre gingival d'inoculation*. Pédiatrie 1950 p. 141.
- BERNHEIM M., LANTERNIER (Mlle J.), VIALLIER-REYNARD J. — — *Primo-infection tuberculeuse par chancre gingival d'inoculation, d'allure épidémique et d'origine bovine*. Rev. Lyonn. Méd. 1955, 4, 12, p. 513.
- BERTOYE et MAYOUX — *Primo-infection pharyngée tuberculeuse manifestée par une adénopathie cervicale*. Lyon Médical 1939, 163, 37, p. 299.
- BIOT J. — *Contribution à l'étude de la corticothérapie dans les manifestations ganglio-pulmonaires et les adénites cervicales de primo-infection*. Thèse Lyon 1957.
- BOUCHER H. — *Primo-infection tuberculeuse dans l'armée et endoscopie bronchique*. Rev. de la Tubercul. 1951, 15, 7-8, p. 712.
- BOUCHER H., PETITJEAN R. — *Aspects actuels de la fistulisation ganglio-bronchique primaire dans l'armée*. Lyon Médical 1958, 199, 20, p. 761.
- BRASSIER E. — *La tuberculose bovine en France*. Thèse Paris 1952.
- BRETENET. — *La lutte contre la tuberculose bovine en France*. Rev. Assoc. Lyonn. de l'Externat 1959, 35, 8, p. 406.
- BRETON A. et coll. — *La cyclosérine dans la tuberculose de l'enfant. Etude clinique, électroencéphalographique et biologique de 50 cas traités*. - Arch. Fr. Péd. 1958, 15, 10, p. 1322.
- BRUGGER H. — *Über die Exacerbation von verkalkten Halslymphknoten und ihr röntgenographisches Erscheinungsbild*. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1951, 75, 1, p. 63.
- BRUGGER H. — *Über tuberkulöse Abszesse im Mediastinum nach Lymphknotendurchbruch*. Zschr. für Tbk 1951, 97, 3-5, p. 148.
- BRUGGER H. — *Über die Bedeutung der Chemotherapie für die Behandlung der Tuberkulose des Kindersalters*. Beiträge zur Klinik der Tbk 1954, 111, 1-2, p. 137.
- BRUGGER H. — *Die Chemotherapie der Tuberkulose des Kindes*. Ergebnisse der Gesamten Tuberkuloseforschung 1956, 13, p. 143..

- BRUGGER H. — *Zur Behandlung der Halslymphknotentuberkulose*. Tbkarzt 1958, 12, 3, p. 136.
- CAUSSADE L., NEIMANN N. — *Sur 3 cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanéomuqueuse. Effets de la streptomycinothérapie*. — Pédiatrie 1951, 6, 1, p. 128.
- CHOFFEL Cl. — *Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses*. Bull. Méd. 1952, 66, 24, p. 537.
- DUFOURT A. — *Traité de phthisiologie clinique*. Vigot frères édit. 1953.
- FAVRE R. — *Contribution à l'étude des manifestations bronchiques au cours de la primo-infection de l'adulte*. Thèse Lyon 1949.
- FLORIO R., JOUBERT L., COTTEREAU Ph., FORESTIER J. — *La tuberculose des carnivores domestiques sera-t-elle maladie réputée contagieuse ?* Revue Méd. Vétérin. 1957, 108, p. 10.
- GARDERE H. — *La lymphadénie tuberculeuse. Adaptation du bacille au tissu lymphoïde*. J. Méd. Lyon 5 juillet 1942, p. 377.
- GATE J., MAYOUX R., BERAUD Cl. — *Les adénopathies cervicales tuberculeuses chez l'adulte jeune et la primo-infection pharyngée*. J. Méd. Lyon 5 juillet 1943, p. 379.
- GERBEAUX J., BACULARD (Mme A.) — *L'hormonothérapie dans le traitement de la primo-infection de l'enfant*. Rev. Prat. 1959, 9, 27, p. 2887.
- GERNEZ-RIEUX Ch., GERVOIS M. — *Le rôle du bacille de type bovin dans la tuberculose humaine*. Paris Médical 3 février 1951, p. 60.
- GERNEZ-RIEUX Ch., GERVOIS M., TACQUET A. — *Le rôle du bacille tuberculeux bovin en pathologie humaine*. Acta Tuberc. 1954, fasc. 4, p. 357.
- GIRAUD P. et coll. — *Amygdales et tuberculose de primo-infection*. Pédiatrie 1957, 12, 5, p. 566.
- GIRET J. — *Traitement des adénites tuberculeuses de l'enfant*. Bull. Actual. thérap. 1958, 3, 7, p. 132.
- HASLER O., WEDER A. — *Zur Therapie der tuberkulösen Halslymphome unter besonderer Berücksichtigung des Wertes der Tonsillektomie*. — Schweiz. Med. Wschr., 1952, 82, 26, p. 682.
- HOFSTETTER J. — *La primo-infection tuberculeuse digestive de l'enfant*. — Thèse Lausanne 1955.
- IMBERT et coll. — *Traitement local par la cortisone des ulcérations tuberculeuses cutanées d'origine ganglionnaire*. Pédiatrie 1954, 9, 2, p. 171.
- IMBERT P. et coll. — *Résultats du traitement des adénites tuberculeuses périphériques par les antibiotiques, d'après 184 observations*. Pédiatrie 1956, 11, 8, p. 929.
- IMBERT P. et coll. — *La cortisone en application locale dans le scrofuloderme ganglionnaire ulcéré et adénites périphériques traitées par hormonothérapie générale*. Pédiatrie 1956, 11, 8, p. 938.

- JEANNIN (Mlle M.), JEANNIN M. — *A propos d'un cas de tuberculose de la langue chez l'enfant*. *Pédiatrie* 1952, 2, p. 171.
- JEUNE M., CHARRAT A., BIOT J. — *Sur la corticothérapie des tuberculoses initiales ganglio-pulmonaires et des adénites cervicales de primo-infection tuberculeuse chez l'enfant*. *Pédiatrie* 1958, 13, 4, p. 459.
- JUSTIN-BEZANÇON J., LAMY M., JAMMET (Mlle M.), LEMOINE J.M., PALEY P.Y. — *La rupture des ganglions dans la trachée et dans les bronches*. *Sem. Hôp. Paris* 1947, 23, 25, p. 1602.
- KAISER E., JAKOB F., WISSLER H. — *Die operative Behandlung der Halslymphknotentuberkulose*. *Schweiz. Med. Wschr*, 1953, 83, 9, p. 207.
- KAPLAN M. et coll. — *Adénites cervicales à bacilles paratuberculeux chez l'enfant*. *La Presse Méd.* 1958, 66, 85 p. 1905.
- KLEINSCHMIDT H. — *Untersuchungen der als Neugeborene tuberkuloseinfizierten Lübecker Kinder im Alter von 12 Jahren*. *Beiträge zur Klinik der Tbk* 1943, 99, 4-5, p. 291.
- KLEINSCHMIDT H. — *Generalisierte Verkalkende Lymphdrüsentuberkulose*. *Zeitschr. für Tbk* 1942, 89, p. 224.
- LAVIGNE G. — *Les adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant. La place de la corticothérapie surrénale dans leur traitement*. Thèse Paris 1957.
- LAMY M., JAMMET (Mlle M.), LEMOINE J.M. — *Fréquence et latence habituelle des fistules ganglio-bronchiques*. *Sem. Hôp. Paris. Ann. Pédiatrie* novembre 1946, p. 61.
- LESTER Ch. W. — *Lymphnodetuberculosis and its treatment in accessible nodes*. *Editorial. Am. Rev. Tuberculosis* 1951, 64, p. 691.
- LESTER Ch. W. — *Scrofula then and now. 1500 years of tuberculous lymphadenitis in accessible nodes*. *Arch. Péd.* 1959, 76, 5, p. 189.
- MARFAN A.B. — *La scrofule, forme spéciale de la tuberculose*. *Ann. Inst. Pasteur* 1938, 61, 4, p. 325.
- MARQUEZY R.A. et coll. — *Traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses. Intérêt de l'hydrocortisone locale*. *Sem. Hôp. Paris. Ann. Pédiatrie* 1956, 20, 3, 1111/P p. 135.
- MARTIN R. — *Le chancre d'inoculation tuberculeuse de la gencive*. Thèse Lyon 1948.
- MAYOUX R. — *Primo-infection tuberculeuse pharyngée probable*. *Lyon Méd.* 1945, 174, 39, p. 279.
- MAZURE Cl. H. — *Traitement chirurgical des adénites cervicales tuberculeuses de l'enfant*. Thèse Paris 1959.
- MONNET P., GALLOIS P. — *A propos de 6 observations d'adénopathies trachéo-bronchiques de primo-infection apparues ou aggravées au cours d'un traitement par la streptomycine et l'hydrazide de l'acide isonicotinique pour méningite et miliaire*. *Lyon Méd.* 1954 191, 17, p. 359.
- MONNET P. — *L'exérèse chirurgicale dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses chez l'enfant*. *Rev. Lyon. Méd.* 1960 (à paraître)

- DE MOURGUES F. — *Primo-infection tuberculeuse de la muqueuse buccale.* Lyon Méd. 1954, 192, 48, p. 449.
- MOURIQUAND, DECHAVANNE, CONFAVREUX. — *Chancres gingivaux d'inoculation tuberculeux. Evolution rapide vers la granulie.* Péd. 1947, 9, 10, p. 440.
- MULLER H.F. — *Die Röntgenentzündungsbestrahlung bei tuberkulösen Lymphomen des Halses.* Münchener Med. Wschr. 1957, 99, 11, p. 377.
- MUTSCHLER P. — *Ein Beitrag zur Bedeutung der bovinen Tuberkuloseinfektion im Allgäu.* Deutsche Med. Wschr. 1952, 77, 29-30, p. 916.
- MUTSCHLER P., HASCHKE-KLUNDER G. — *Über die Wirkung bakteriostatischer Mittel auf den tuberkulösen Lymphknoten.* Beiträge zur Klinik der Tbk 1955, 114, p. 406.
- NOUFFLARD H. et coll. — *Adénites de l'enfant à bacilles paratuberculeux (chromogènes atypiques).* Arch. Fr. Péd. 1959, 16, 7, p. 877.
- OMBREDANNE L. — *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile.* - Masson 1923 et 1949.
- OPPIKOFFER E.K. — *Über die grundsätzlichen chirurgische Behandlung der Halslymphdrüsentuberkulose.* Schweiz. Med. Wschr. 1952, 82, 26, 677.
- PAUFIQUE L., BONNET P., BRUN J. — *Tuberculoses oculaires et tuberculoses paraganlionnaires.* Masson 1953..
- PELLERIN D. — *Traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses. Le traitement de la tuberculose de l'enfant.* Edité par le C.I.E. Masson 1956.
- PEUREUX (Mlle G.) — *Contribution à l'étude de la primo-infection gingivale de l'enfant.* Thèse Paris 1948.
- REVILLON (Mlle J.) — *Le rôle du bacille bovin dans la tuberculose de l'enfant.* Thèse Lyon 1960.
- ROSSI E. — *Les adénites suppurées après vaccination par le BCG et leur traitement. Le traitement de la tuberculose de l'enfant.* Edité par le C.I.E. Masson 1956.
- ROUVIERE. — *Anatomie des lymphatiques de l'homme.* Masson 1932.
- SALEUR P.H. — *Recherche du bacille tuberculeux dans les laits pasteurisés de la région lyonnaise.* Thèse Lyon 1959.
- SCHMID P. Ch. — *Die Halslymphknotentuberkulose und ihre Behandlung* Münchener Med. Wschr. 1958, 100 35, p. 1279.
- SEDALLIAN P., JOUBERT L., FLORIO R., COTTEREAU Ph. — *Pour l'inscription de la tuberculose des carnivores domestiques sur la liste des maladies réputées contagieuses.* J. Méd. Lyon 20 avril 1957, p. 351
- SERGEANT E. — *Les signes de la pleurite du sommet.* La Presse Méd. 1916 24, 47 p. 369.
- SPRENGER-CATHOMAS (Mme M.) — *Verlauf und Pathogenese der Halsdrüsentuberkulose bei Kinder.* Schweiz. Zeitschr. für Tbk 1945, 2, 4, p. 189.

- UEHLINGER E. — *Anatomie pathologique de la tuberculose des glandes cervicales. Le traitement de la tuberculose de l'enfant.* Edité par le C. I.E. Masson 1956.
- UMBACH K. — *Zur Strahlentherapie der Halslymphdrüsentuberkulose.* Strahlentherapie 1949, 78, 3, p. 403.
- URECH E. — *Die Rolle des Typus bovinus und die der Eintrittspforte des Tuberkelbakteriums bei der menschlichen Tuberkulose.* Der Tbkarzt 1957, 11, 12, p. 733.
- URECH. E., WASSERFALLEN M. — *Le rôle du bacille bovin dans la tuberculose dite chirurgicale.* Schweiz. Zeitschr. für Tbk 1957, 14, 6, p. 440.
- VIALIER J. — *Recherches sur la fréquence des contaminations par le bacille tuberculeux bovin au cours des différentes formes de la tuberculose humaine observées dans la région lyonnaise.* Bull. Soc. Sc. Vétérin. Lyon 1957, 1, p. 55.
- VILLARD L. — *Les anomalies du cycle de l'infection tuberculeuse.* Thèse Lyon 1941.
- WILMOTT T.J., JAMES E.F., REILLY L.V. — *Tuberculous cervical adenitis* The Lancet 1957, 2, p. 1184.
- WISSLER H. — *Über primäre Mundschleimhauttuberkulose.* Schweiz. Med. Wschr. 1943, 73, 50, p. 1483.
- WISSLER H. — *Tonsillektomie und tuberkulöse Halslymphome.* Schweiz. Med. Wschr. 1945, 75, 42, p. 927.
- WISSLER H. — *Die Halsdrüsentuberkulose.* Schweiz. Zeitschr. für Tbk. 1952, 9, 5, p. 350.
- WISSLER H. — *Le traitement des adénopathies cervicales tuberculeuses. Le traitement de la tuberculose de l'enfant.* Edité par le C.I.E. Masson 1956.
- WISSLER H. — *Aktuelle Probleme der Kindertuberkulose. Tuberkulose Bücherei.* Georg. Thieme. Verlag Stuttgart 1958.
- ZELLHUBER M. — *Zur Ermittlung der infektiionsquelle bei kinderlicher boviner und humaner Tuberkulose in Bayern.* Tbkarzt 1956, 10, 10, p. 631

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
Chapitre I	
Etude pathogénique et radioclinique des adénites cervicales tuberculeuses	19
Chapitre II	
L'insuffisance des traitement médicaux dans la cure des adénites cervicales tuberculeuses	41
Chapitre III	
La chirurgie d'exérèse dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses	47
Conclusions	57
Observations	59
Bibliographie consultée	73

